

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

des Lésions bilatérales des Annexes de l'Utérus

(OPÉRATION DE PÉAN)

Étude basée sur les 200 premières observations du Docteur Paul Segond,

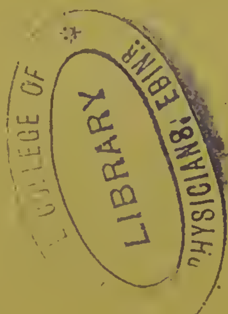
Professeur agrégé, Chirurgien de la Maison municipale de Santé

Avec 38 figures dont 12 hors texte et une préface du Dr Paul SEGOND

PAR

Le Docteur Émile BAUDRON

ANCIEN INTERNE, LAURÉAT DES HÔPITAUX DE PARIS





PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1894

A Monsieur le Docteur PAUL SEGOND, professeur agrégé, chirurgien de la Maison Municipale de Santé,

Mon cher et vénéré Maître,

En vous dédiant ce mémoire, j'accomplis un acte de stricte équité : je vous restitue votre bien. Tout ce qu'il peut contenir d'intéressant ou d'instructif vous appartient ; je ne revendique pour moi que les imperfections. Je les aurais voulues très rares, très légères, pour que ce travail fût vraiment digne de vous. Acceptez-le cependant, tel qu'il est, comme le témoignage d'une affection et d'un dévouement que votre bonté même ne parviendra jamais à égaler.

Dr ÉMILE BAUDRON.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DAMASCHINO

MON PREMIER MAITRE

A M. LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'INSTITUT

(Externat 1887. Internat 1893)

A M. LE PROFESSEUR GRANCHER

(Externat 1888)

A M. LE DOCTEUR S. POZZI

(Internat 1889 et 1891)

A M. LE PROFESSEUR PINARD

A MES AUTRES MAITRES

MM. ALBARRAN, KIRMISSON, PICQUÉ, POTHERAT, VARIOT

Hommage respectueux

PRÉFACE

Comme toutes les vérités faites surtout de bon sens, la valeur de l'hystérectomie dans le traitement chirurgical des phlegmasies péri-utérines devait s'imposer et triompher assez vite des protestations qui ont accueilli les premiers succès de l'opération de Péan. Rien ne vaut cependant les opérations nouvelles pour infliger à leurs promoteurs les retards de cette première étape durant laquelle le parti-pris barre sans cesse la route aux jugements les plus motivés. Il y a là comme le réflexe obligé de toute innovation et l'hystérectomie réunissait à merveille les conditions voulues pour le provoquer. Aussi bien n'y a-t-elle point manqué et si les qualités d'une opération devaient se manifester en raison inverse de l'aménité qu'elle éveille chez ses détracteurs, j'en connais peu qui auraient à notre confiance des droits mieux acquis.

Tout, en effet, lui a été d'abord contesté et dans un langage ne prêtant guère à l'équivoque. Les origines *un peu fortuites* de la méthode devaient la faire considérer comme le fruit d'un *empirisme grossier,* ou bien encore comme le *produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières*. Son manuel ne pouvait être qu'*aveugle* ou *brutal* et

grâce à lui, le vagin devenait un *gouffre* au fond duquel on verrait bientôt *s'ensevelir, sans vérification et sans enseignement possible, les plus impardonnables erreurs*. La valeur de ses résultats thérapeutiques n'avait d'autre preuve qu'un *vain appel à l'avenir*. Quant aux chirurgiens capables de prendre en main la défense d'une telle opération et condamnés, paraît-il, à ne plus jamais *reculer devant une nouvelle hystérectomie à commettre*, leur cause était claire et, sous leur pernicieuse influence, la chirurgie française allait bientôt subir le plus déplorable *recul*.

Par bonheur, cette phase regrettable a vécu. L'opération de Péan rencontre bien encore quelques adversaires obstinés autant qu'absolus, mais aujourd'hui comme autrefois, ceux-ci se recrutent surtout parmi les polémistes sans grande expérience personnelle et peu disposés, par nature, à rester toujours dans la note purement scientifique. Leurs attaques sont donc négligeables et si les partisans chaque jour plus nombreux de l'hystérectomie vaginale conservent le devoir de travailler toujours à la vulgarisation de cette excellente intervention, ils ont enfin la satisfaction de lutter à armes égales et de poursuivre la discussion sur un terrain bien dégagé désormais de tout le fatras inutile des réquisitoires sans preuve, des fleurs de rhétorique ou des cris d'alarme qu'on leur servait au début comme autant d'arguments décisifs.

La tâche devient par conséquent plus attrayante, et loin de regretter la lenteur d'adhésion que l'hystérectomie peut encore rencontrer, nous ne pouvons que nous en réjouir. En fait de nouveautés, l'engouement instinctif de certains esprits ne vaut pas mieux que les contradictions impulsives de certains autres et ce serait grand dommage que toute innovation pût être acceptée toujours avec une trop grande

facilité. Les mauvaises bénéficieraient du même privilège que les bonnes et bientôt, nos déterminations seraient privées de tout criterium raisonnable. L'histoire de toutes les nouvelles opérations en témoigne. Leur adoption trop hâtive ne signifie rien et bien au contraire, la lenteur d'adhésion qu'elles rencontrent leur fournit leurs véritables conditions de viabilité. Elles les oblige à faire leurs preuves, elle développe enfin chez ceux qui les défendent une persévérance plus grande et les contraint en outre soit à approfondir davantage, soit même à se rectifier. Tel est bien l'état des choses pour l'hystérectomie vaginale. Le temps des polémiques irritantes et vaines est passé pour elle, la parole reste aux faits et c'est pour cela que la monographie de M. Baudron vient à l'heure dite pour avoir sa vraie portée scientifique et donner à son auteur toutes les satisfactions que son labeur le mettait en droit d'escompter.

Dans cette courte préface, je n'ai pas à détailler le travail de M. Baudron. Son titre est en effet trop explicite pour laisser un doute sur la précision de ses limites. Laissant de côté la clinique pure, M. Baudron n'a visé que la partie chirurgicale du sujet. Son livre n'est pas autre chose qu'un chapitre de thérapeutique opératoire dans lequel on trouve successivement étudiés, l'historique, le manuel, la valeur absolue, la valeur comparée et les indications de la castration utérine. Ce programme, en dépit de sa concision, ne laissait pas que d'être encore très étendu et je ne crains pas d'être contredit en affirmant que M. Baudron l'a fort bien rempli.

Sans nul doute et malgré les statistiques importantes sur lesquelles il s'appuie, M. Baudron n'aura pas dit, en tout, le dernier mot. Mieux que personne, nous savons l'un et l'autre que le sujet est trop complexe pour ne pas rester à l'étude. Nous savons en particulier combien les questions

relatives aux indications et aux résultats éloignés réclameront encore de travail et de temps pour être formulées avec toute la précision désirable. Les complications immédiates ou tardives de l'intervention dont on parle si volontiers sans les connaître, leur fréquence réelle, leur gravité, leur prophylaxie ou leur meilleure thérapeutique sont à leur tour, autant de sujets dont la mise au point n'est pas encore parfaite. Il n'est pas enfin jusqu'au manuel opératoire qui ne soit lui-même susceptible de nouveaux perfectionnements et nous comptons bien ne rien négliger pour continuer et parfaire à tous ces points de vue l'œuvre commencée. Mais tel qu'il est, le travail de M. Baudron n'a pas moins toutes les qualités d'une étude mûre et complète qu'on peut lire avec l'assurance d'y trouver l'impartial exposé de l'état actuel de la question, tous les documents voulus pour la juger en connaissance de cause, et, ce qui vaut mieux encore, les renseignements nécessaires pour savoir appliquer et pratiquer soi-même la castration utérine dans les cas déterminés qui en sont justiciables.

Un scrupule me vient en terminant. Ainsi que M. Baudron veut bien le dire, son étude est basée sur mes deux cents premières hystérectomies, c'est avec moi, c'est en me voyant à l'œuvre qu'il a fait son éducation comme ses convictions, et je me demande si le parfait désintéressement des éloges que je lui adresse restera tel aux yeux de tous. Mais je ne veux point m'arrêter à pareil soupçon. L'injustice serait trop grande et je me sens, en vérité, fort à l'aise pour dire hautement tout le bien que je pense et de l'auteur et de son livre. M. Baudron a rédigé de sa main toutes mes observations ; il a été l'assistant actif de la plupart de mes opérations ; il a suivi le plus grand nombre de mes malades ; il s'est imposé la tâche si difficile de les retrouver plus ou

moins longtemps après leur guérison opératoire pour documenter sévèrement ses opinions sur les résultats éloignés de l'intervention ; tout ce qui s'est écrit sur la matière, il l'a lu, commenté, analysé et jugé avec un tact parfait ; bref, il n'a pas voulu rester seulement mon élève ; il a pensé, travaillé et jugé par lui-même. M. Baudron a donc fait à tous les titres une œuvre très personnelle et, pour ma part, je ne saurai jamais assez dire combien je me félicite d'avoir su confier la cause de l'hystérectomie à un esprit aussi droit et aussi judicieux.

PAUL SEGOND.

15 juin 1894.

Avant-propos

Ce travail, consacré à la défense de l'opération de Péan, a pour base exclusive les 200 premières observations de mon cher maître le Professeur agrégé Paul Segond. J'ai pensé que pour faire œuvre utile dans une question qui a soulevé tant de discussions passionnées, suscité tant de controverses, il fallait se restreindre à des faits soigneusement recueillis, minutieusement étudiés et surtout empruntés à un chirurgien d'une incontestable compétence. J'ai banni de ce travail toute la partie clinique : qu'aurais-je d'ailleurs pu écrire qui ne fût la copie servile du Traité de Gynécologie aujourd'hui universellement classique de mon cher maître le Professeur agrégé Pozzi? C'est donc uniquement un chapitre de thérapeutique chirurgicale que je publie : aussi me suis-je borné à étudier successivement l'historique, le manuel opératoire, la valeur absolue, la valeur comparée, enfin les indications de l'opération de Péan.

Ce mémoire renferme 38 figures. Douze sont originales et sont la reproduction fidèle de photographies prises aux diffé-

rents temps de l'opération exécutée sur le cadavre, avec mon aide, par mon maître Segond. L'attitude des mains de l'opérateur et de l'aide n'est peut-être pas toujours rigoureurement chirurgicale ; cela tient à la nécessité où nous nous trouvions de bien découvrir le champ opératoire, pour qu'aucun détail ne pût échapper. M. le Dr Doyen, de Reims, m'a autorisé à reproduire les dessins de son procédé ; M. Collin a gracieusement mis à ma disposition les clichés des divers instruments nécessaires pour pratiquer l'hystérectomie vaginale par morcellement ; j'exprime à l'un et à l'autre toute ma gratitude.

CHAPITRE I

Historique

C'est le 12 décembre 1887, que, de propos délibéré, Péan pratiqua la première hystérectomie vaginale pour lésion bilatérale des annexes, préalablement diagnostiquée (1). L'utérus enlevé, il tomba sur un double kyste suppuré de l'ovaire et en fit l'ablation. Quelques jours plus tôt, le 3 décembre 1887, E. Doyen, de Reims, fit la même opération d'une manière toute fortuite. Se trouvant aux prises avec une métrite rebelle à tout traitement conservateur, il se décida à extirper l'utérus ; au cours de l'opération les deux ovaires furent trouvés suppurés et enlevés. La seule mention qui ait jamais été faite de cette observation se trouve résumée dans une note de trois lignes du mémoire de Secheyron (2) : « Notre excellent ami Doyen, de Reims, nous communique l'observation suivante : *Un cas d'hystérectomie vaginale pour métrite chronique : Guérison.* Les deux ovaires, gros comme une mandarine, et purulents, furent enlevés *au cours de l'opération.* »

Nulle part dans l'Union Médicale du Nord-Est, recueil officiel de la Société médicale de Reims, il n'est fait la moindre allusion à

(1) SECHEYRON. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie. Paris, 1889.* p. 784.
(2) SECHEYRON. *Ibid.* (Note de la page 601).

cette hystérectomie, et pourtant l'on y trouve relatées avec soin plusieurs communications intéressantes de M. Doyen.

Dans le travail de Secheyron cette observation est rapportée sans date ; au Congrès français de Chirurgie de 1891 (1), M. Doyen se borne à dire qu'elle remonte à 1887, que depuis cette époque il a pratiqué 20 fois la même opération ; « ses opérées ne subirent » pas toutes l'ablation bilatérale des annexes ; en effet, malgré les » avantages de son procédé qui consiste à saisir le col latéralement » avec deux pinces à griffes et à sectionner l'utérus de bas en » haut et d'avant en arrière pour en attirer progressivement au » dehors les deux moitiés entr'ouvertes, les adhérences des annexes » très haut situées, se sont montrées parfois si résistantes, que leur » extirpation n'eût pas été possible, sans aggravation notable du » pronostic. » Nulle part une phrase, un mot de revendication.

C'est seulement au Congrès de Bruxelles, en septembre 1892, que M. Doyen soulève la question de priorité et précise le 3 décembre 1887 comme date de sa première hystérectomie vaginale pour lésions annexielles (2). Mon maître Segond répondit : « Certes, on doit féliciter M. Doyen de son heureuse initiative, mais il est évident que l'extrait de baptême de l'opération de Péan ne doit subir de ce chef aucune espèce de rectification. Que Doyen ait pratiqué la première hystérectomie pour guérir une suppuration pelvienne, ce n'est que justice de le retenir. Mais pour avoir un droit de paternité quelconque sur la méthode, il aurait dû le revendiquer avant les premières communications de Péan et c'est précisément ce qu'il a négligé de faire (3). » Le texte même de Sechcyron prouve bien d'ailleurs que Doyen fit cette première hystérectomie vaginale pour une endométrite incurable. Il ne s'était point préoccupé de l'état des annexes avant de prendre le bistouri ; la métrite dont sa malade était atteinte, lui

(1) E. Doyen. Résultats éloignés des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus. *Congr. fr. de chir., 5e session.* Paris, 1893, p. 237.

(2) E. Doyen. *Congrès périodique international de Gyn et d'Obst.*, Bruxelles, 1894. p. 206.

(3) P. Segond. *Ibid.*, p. 454.

semblant justifier à elle seule l'indication d'une hystérectomie, l'ablation des annexes ne fut qu'un temps secondaire. Péan, au contraire, le premier, conçut l'idée d'enlever l'utérus à toute femme atteinte d'une double lésion des annexes et de substituer systématiquement cette méthode à l'opération de Lawson Tait. Les faits, d'ailleurs, le démontrent surabondamment.

En 1889, quand parut le travail de Secheyron, Doyen n'avait probablement fait qu'une seule fois l'hystérectomie vaginale pour lésions annexielles. Sans cela, on ne comprendrait guère qu'il n'ait communiqué à Secheyron qu'une seule observation, celle du 3 décembre 1887. Péan, au contraire, du 12 décembre 1887 au 30 août 1888 (1), avait trouvé *huit fois* l'occasion d'appliquer sa méthode. En 1890 il a déjà 60 observations ; aussi, presque simultanément, au Congrès international de Berlin (2), à l'Académie de médecine (3), dans une leçon professée à l'hôpital Saint-Louis (4), il pose les indications de la castration utérine, en décrit les temps opératoires et, par 60 opérations sans un décès, en démontre l'efficacité et la bénignité.

Et puis, il faut bien le dire et M. Doyen n'y contredira point, le projet de pratiquer une intervention de cette nature ne peut vraiment pas naître de toutes pièces dans le cerveau d'un jeune chirurgien, si habile et si audacieux qu'il puisse être. De pareilles entreprises seraient folie si quelques documents préalables n'en venaient point légitimer la conception, et, lorsque M. Doyen a eu le grand mérite de faire sa première opération, il savait fort bien, et et j'en ai pour preuve ses communications à la Société médicale de Reims (5), il savait, dis-je, toute l'extension que Péan avait su donner à la chirurgie vaginale et en particulier à l'hystérectomie par morcellement.

(1) Secheyron. *Loc. cit.*, p. 784 à 787.

(2) Péan. X[e] Congrès international de Berlin, in *Ann. de Gyn.*, août 1890. t. XXXIV, p. 110.

(3) Péan. *Bull. de l'Acad. de Méd*, 1890. t. XXIV, p. 9.

(4) Péan. Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et les annexes. *Bull. méd.*, 1890, p. 633.

(5) E. Doyen. Hystérectomie vaginale. *Un. méd. du Nord-Est*, 1887, p. 218.

J'ai tenu dès le début de ce travail à traiter à fond cette question de priorité. La date du 3 décembre 1887, dont l'authenticité m'est garantie par la parole de M. Doyen, ne suffit pas à donner à ce chirurgien une priorité qu'il a mis cinq années à revendiquer. Je le répète, son opération a été faite pour une lésion utérine, celle de Péan pour une double lésion des annexes. Entre l'une et l'autre, il y a plus qu'une distinction subtile, il y a la différence qui sépare une intervention intéressante, mais classique, d'une conception opératoire nouvelle. A tous les titres, la castration utérine pour lésions inflammatoires des annexes doit être désignée sous le nom d'*opération de Péan*, car la conception de cette méthode opératoire appartient exclusivement à Péan et n'appartient qu'à lui seul. Si même il était permis d'associer un nom à celui de Péan, j'estime que ce serait uniquement le nom du chirurgien qui a vulgarisé cette opération avec tant de conviction et dont j'étudie dans ce travail les 200 premières observations.

Les premières communications de Péan au Congrès de Berlin et à l'Académie de Médecine ne trouvèrent pas plus d'écho en France qu'à l'étranger. A la Société de Chirurgie, à propos d'une communication de M. Bouilly (1) sur l'incision vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes, MM. Terrillon (2) et Pozzi (3) font allusion à l'hystérectomie vaginale qu'ils considèrent comme très aléatoire ; seul, M. Terrier (4) déclare que pour les suppurations graves, il préfère l'opération récemment préconisée par Péan à la simple incision des collections par le vagin. Cette défiance des chirurgiens français pour l'opération nouvelle s'explique naturellement par ce fait qu'elle allait à l'encontre non-seulement de tous les traitements chirurgicaux classiques des lésions des annexes, mais encore de toutes les méthodes d'hystérectomie vaginale alors en faveur. Malgré la description qu'avait donnée Péan du manuel opératoire, personne

(1) Bouilly. De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890. t. XVI, p 500.
(2) Terrillon. *Bull et Mém. de la Soc. de chir* , 1890. t. XVI. p. 511.
(3) S. Pozzi. *Ibid.*, p. 790.
(4) Terrier. *Ibid.*, p. 515.

n'avait osé l'expérimenter. Mon maître Segond partageait les appréhensions de tous et « sans doute, écrit-il (1), j'aurais tardé longtemps à changer d'avis, si diverses circonstances ne m'avaient permis de voir M. Péan opérer et guérir une malade dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entraîner la conviction. Il s'agissait d'une femme de 35 ans environ, condamnée au lit depuis plusieurs mois par une suppuration pelvienne des plus graves. L'utérus très élevé et solidement immobilisé par des adhérences, était repoussé à droite par une vaste collection purulente qui bombait un peu dans le cul-de-sac latéral gauche et dont les limites supérieures remontaient à quatre travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne. Les annexes droites étaient, de leur côté, envahies par la suppuration. Enfin, par le toucher rectal on constatait l'existence d'un plastron très dur et très étendu qui attestait les adhérences les plus intimes entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale.

En un mot, cette malade se présentait dans des conditions telles que la laparotomie eût été chez elle très laborieuse et très grave. Il est même probable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par le docteur Chéron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi, et, j'avoue que l'hystérectomie vaginale, dans un cas semblable, ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation, toutes les collections purulentes péri-utérines ont été ouvertes sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences. Les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri. »

J'assistais à cette opération et je n'oublierai jamais la façon méthodique avec laquelle le morcellement fut conduit.

(1) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891. t. XVII, p. 154.

Quelques jours plus tard, le 9 août 1890, mon maître Segond pratiquait à la Maison Municipale de Santé sa première hystérectomie pour suppuration bilatérale des annexes. J'avais alors l'honneur d'être son interne et je fus témoin des 23 opérations qui firent le sujet de sa première communication à la Société de chirurgie, le 23 février 1891 (1).

Cette communication ne fut pas limitée aux suppurations pelviennes, comme son titre semblait l'indiquer. En effet, M. Segond n'avait pas seulement appliqué l'opération de Péan à des femmes atteintes de suppurations péri-utérines graves, mais encore à des malades affectées de pyosalpinx énucléables, de salpingites parenchymateuses ou catarrhales, de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. C'était la substitution pure et simple de l'hystérectomie à la laparotomie dans toutes les lésions inflammatoires bilatérales des annexes. Se basant sur 23 faits, dont 16 suppurations péri-utérines et 7 cas de lésions non suppurées des annexes, ayant donné 19 guérisons et 4 morts, M. Segond affirmait ses préférences pour l'hystérectomie ; 1° *parce que l'opération est moins grave ;* 2° *parce qu'elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables ;* 3° *parce qu'elle évite les inconvénients d'une cicatrice.*

L'opération nouvelle fut acceptée sans restriction par MM. Nélaton et Reclus, mais rencontra un adversaire résolu dans mon maître Pozzi (2). Reprenant pied à pied les trois arguments de M. Segond : 1° *absence de cicatrice*, 2° *gravité moindre*, 3° *efficacité supérieure*, M. Pozzi cherche à démontrer que la laparotomie donne des guérisons parfaites aussi bien dans les lésions non suppurées des annexes que dans les cas les plus graves de suppurations péri-utérines ; qu'elle n'est plus une opération grave, maintenant que la technique en est bien réglée ; qu'elle laisse une cicatrice à peine visible, qui n'est point une difformité. Pour le chirurgien de Lourcine-Pascal, l'hystérectomie n'est indiquée qu'après échec de la laparotomie.

(1) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1891, t. XVII, p. 153.
(2) S Pozzi. *Ibid.*, p. 203.

Entre cet adversaire et les adeptes fervents des conclusions de M. Segond, se rangèrent la plupart des membres de la Société de chirurgie. M. Terrier (1) repousse nettement l'hystérectomie vaginale dans les lésions non suppurées des annexes accompagnées ou non de rétrodéviations utérines. Il admet la *discussion* et *l'expérimentation* de la méthode nouvelle dans les cas de pyosalpinx énucléables ; bien que personnellement il préfère la laparotomie par *atavisme* ou par *routine*. Pour les pyosalpinx avec pelvi-péritonite suppurée, on est autorisé à faire l'opération de Péan. « Cette pratique, dit M. Terrier, ne nous paraît pas plus grave que celle de la laparotomie, peut-être même donne-t-elle de meilleurs résultats ».

M. Bouilly (2) n'admet l'hystérectomie que dans les circonstances suivantes : 1° Les salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite à répétition, avec adhérences nombreuses et solides ; confusion des organes entre eux et avec les organes voisins, impossibilité de rien reconnaître au palper, au toucher, que des indurations diffuses et des épaississements solides; production de fistules purulentes dans le rectum, la vessie ou à la peau ; 2° Suppurations aiguës ou chroniques, libres dans la cavité péritonéale, ayant ou non pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus de poches isolées que nous savons distinguer comme une trompe ou un ovaire suppurés.

Les conclusions de M. Richelot (3) diffèrent peu de celles de M. Bouilly. Il admet l'hystérectomie vaginale comme drainage idéal dans les poches purulentes multiples avec plastrons durs, magma d'adhérences intestinales, véritable processus fibreux qui enclave l'utérus et lui forme un dôme d'adhérences. On était indécis sur le meilleur traitement de ces cas graves. M. Segond a donné le coup de pouce. Pour les pyosalpinx adhérents, M. Richelot reproche aux hystérectomistes qui laissent des débris d'annexes, d'être inférieurs aux laparotomistes.

(1) F. Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de ch.*, 1891. t. XVII, p. 220.

(2) Bouilly. *Ibid.*, p. 178.

(3) Richelot. *Ibid.*, p. 185.

M. Lucas-Championnière (1) admet l'hystérectomie pour les pelvi-péritonites anfractueuses, tout en rappelant que, dans certains cas d'abcès pelviens, la simple incision peut suffire. Il insiste sur la valeur diagnostique de la laparotomie qui permet de ne faire que le nécessaire et de réduire l'intervention au minimum.

M. Bazy (2) réserve l'opération de Péan aux cas de suppurations à marche rapide, avec phénomènes graves devant ou paraissant devoir amener la mort à bref délai ; 2° aux cas où les lésions sont de date ancienne, suppuratives probablement, sans phénomènes généraux graves. Ce qui prédomine dans son argumentation, c'est la crainte d'enlever des organes dont les fonctions physiologiques ne sont peut-être pas absolument éteintes.

M. Terrillon (3) déclare que l'hystérectomie lui semble un traitement rationnel des suppurations des organes génitaux de la femme dans plusieurs circonstances bien établies, où la laparotomie est à la fois impuissante et dangereuse.

1° Dans les cas de grosses poches purulentes de la trompe ou de l'ovaire occupant le fond du bassin et très adhérentes à l'épiploon et à l'intestin, ce qui arrive dans les inflammations très anciennes, ou bien dans les cas où les lésions proéminent profondément du côté du vagin ou du rectum.

2° Dans les suppurations fistuleuses anciennes peu volumineuses ou au contraire très considérables et qui correspondent à des lésions périphériques épaisses et étendues. Ici l'ablation par la laparotomie est toujours difficile, souvent impossible. Dans la même séance, M. Terrillon, qui avait assisté à deux hystérectomies pratiquées par M. Segond, relate quatre observations où l'hystérectomie lui a donné quatre succès pour des suppurations graves.

M. Routier (4) reproche à l'opération de Péan, la difficulté

(1) Lucas-Championnière. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 222.

(2) Bazy. *Ibid.*, p. 189.

(3) O. Terrillon. *Ibid.*, p 196.

(4) Routier. *Ibid.*, p. 213.

d'exécution, une instrumentation à laquelle le chirurgien est trop subordonné. Il ne l'accepte que dans les cas où la laparotomie est tout à fait impraticable. Il l'accepterait encore dans les cas les plus bénins, petites trompes kystiques avec ovaires polykystiques, s'il lui était démontré que l'ablation de l'utérus supprime chez ces femmes les poussées de chaleurs et de sueurs quelquefois insupportables, qu'elles conservent trop souvent à la suite de l'ablation des annexes par la voie abdominale.

Enfin M. Reynier (1) se range entièrement aux conclusions de M. Bouilly.

En résumé, si j'en excepte mon maître Pozzi, qui se déclara adversaire résolu de l'opération nouvelle, tous les membres de la Société de Chirurgie qui prirent part à la discussion, acceptèrent l'opération de Péan, mais à des degrés différents. MM. Reclus et Nélaton n'apportent aucune restriction à la formule de mon maître Segond, c'est l'opération de choix pour toutes les lésions inflammatoires bilatérales des annexes. MM. Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot, Terrillon, Routier, Bazy, Reynier, concèdent que l'hystérectomie est l'intervention de choix dans les cas de suppurations pelviennes graves, caractérisées par l'enclavement de l'utérus au sein des poches purulentes multiples. M. Terrier va plus loin et il admet la discussion et l'expérimentation dans les cas de pyosalpinx énucléables. Quant à M. Routier, il abandonnerait volontiers la laparotomie pour les cas bénins (salpingites catarrhales et ovaires scléro-kystiques), s'il lui était démontré que l'hystérectomie supprime les troubles congestifs si fréquents après la castration ovarienne.

Telle est, aussi fidèlement résumée que possible, la physionomie de cette première et importante discussion de la Société de Chirurgie. Tous les arguments, toutes les objections d'ordre théorique furent soulevées, mais il était facile de prévoir que l'opération de Péan avait conquis droit de cité et qu'avant peu chacun en aurait expérimenté la valeur.

(1) Reynier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 224.

Entre temps, l'hystérectomie vaginale fut violemment attaquée par M. Doléris (1) et ses élèves. Dans un premier article, M. Doléris se déclare adversaire résolu de la méthode de Péan, il lui prédit le discrédit «dans lequel est justement tombée l'hystérectomie pour » cancer inopérable. Ce discrédit viendra autant des excès de cette » opération, en ce qui concerne les cas susceptibles d'une guérison » spontanée ou d'une opération plus simple, que des résultats mau- » vais et de la grande mortalité, dans les cas où l'indication semble » aujourd'hui légitime. Réservée alors pour ces malades déses- » pérées qui, malgré la temporisation, les palliatifs, malgré la » *laparotomie et le reste*, n'ont d'autre ressource que les pro- » cédés d'exception et par cela même excessifs, elle figurera » pour trois ou quatre cas par an dans la statistique de chaque » gynécologue. »

Deux mois à peine écoulés, M. Doléris publiait un second article (2) mais combien différent du premier et par la forme et par le fond. Plus de discussion serrée sur le siège des lésions pelviennes, sur leur ancienneté, sur le choix des méthodes de traitement, mais une philippique violente « contre les hystérectomistes qui n'éprouvent plus aucune perplexité devant une nouvelle hystérectomie à commettre, contre leurs imitateurs dont quelques-uns furent dans les premiers adversaires, qui, par esprit de parti ou par crainte d'être taxés de timidité à une époque où l'audace sans scrupules et sans réflexion, plus ou moins couverte par l'antisepsie, tient quelquefois lieu de sens chirurgical, s'adonnent maintenant à l'hystérectomie et la pratiquent là où elle leur avait été démontrée inutile. » Il est question d'un chirurgien qui, le 17 Juillet, « s'est fait complice d'une toquée et lui a enlevé un utérus et des ovaires sains » ; d'un autre chirurgien « qui, seulement quand il a dans la main un utérus et des annexes complètement sains, s'aperçoit qu'il s'est trompé de malade. » Ces

(1) Doléris. — L'autre voie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* 1891. N° 5, p. 209.

(2) Doléris. Trop de mutilations inutiles, etc. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* 1891. N° 7, p. 378.

faits d'ailleurs n'étonnent pas trop M. Doléris car, dit-il, « dans cette profession de chirurgien, qui est *un métier surtout*, l'habitude ne s'acquiert qu'avec la pratique, mais pour l'acquérir, il faut des sujets qui se prêtent à ces exercices opératoires, et, faute de cas à indications légitimes, on est obligé de se contenter de ce qu'on trouve. »

Une fois le ton donné par M. Doléris, ses élèves, qui n'avaient pour excuse ni la valeur ni l'autorité de leur maître ne gardèrent guère de mesure. M. Pichevin (1) juge l'hystérectomie d'une phrase « c'est le produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières. » M. Fraisse (2), s'emparant de trois observations de mon maître Segond à la Société de Chirurgie (3), les cite inexactement, et, en tire cette conclusion étonnante que M. Segond a enfin changé de front. Enfin, dans sa thèse, M. Cochez (4) exécute sommairement l'opération de Péan et déclare que « les arguments des hystérectomistes ne méritent même plus qu'on s'y attarde. »

J'aurai voulu passer sous silence cette phase de l'histoire de l'opération de Péan. Mais le nom de M. Doléris, sa science gynécologique incontestée ne me permettaient pas de traiter comme une quantité négligeable les écarts regrettables d'une plume généralement mieux inspirée.

En dehors de la Société de Chirurgie une polémique, courtoise et scientifique celle-là, se continuait dans les périodiques médicaux. MM. Pozzi (5), Le Dentu (6) pour la laparotomie, Segond (7),

(1) Pichevin. A propos de la castration utérine. *Méd. Mod.* 1891, N° 10, p. 148.

(2) Fraisse. Hystérectomie sans hystérectomie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, N° 2, p. 65.

(3) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1892. t. XVIII, p. 58.

(4) L. Cochez. De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. *Th. de Paris.* 1892.

(5) S. Pozzi. Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, N° 16, p. 186.

(6) Le Dentu. Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôp.*, 1892, N° 25, p. 225.

(7) P. Segond. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, N° 19. p. 222.

Péan (1), Reclus (2) pour l'hystérectomie, rivalisaient d'argumentation serrée et d'objections basées sur des faits impartialement étudiés, M. Bonnet (3) consacrait une revue à l'examen des modes de traitement des suppurations pelviennes, et concluait que « l'hystérectomie serait la ressource suprême contre les cas complexes heureusement rares de pyosalpinx ou d'ovaro-salpingites compliqués de pelvi-péritonite, de suppuration du tissu cellulaire avec ou sans fistule ; elle sera aussi l'opération de choix après échec ou insuffisance de la laparotomie. »

Au Congrès français de chirurgie tenu à Paris au mois d'avril 1891, la discussion ne se ralluma pas, bien qu'une des questions à l'ordre du jour, « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes », semblât en fournir le prétexte.

Mon maître Segond, malgré les excellents résultats que lui a donnés la laparotomie, se contente d'affirmer à nouveau sa foi en l'opération de Péan (4). M. Doyen (5) apporte dix-huit cas d'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes, déclare qu'il pratique cette opération depuis 1887, sans préciser la moindre date, sans revendiquer le moins du monde une priorité. Enfin, une importante présentation de malades faites par mon maître Pozzi réduit à sa juste valeur l'argument cicatrice (6), en montrant tous les avantages d'une incision petite et d'une suture à étages.

Le 28 octobre 1891, une nouvelle discussion s'engage à la Société de Chirurgie à propos d'une communication de M. Terrillon (7)

(1) Péan. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1891, p. 639.

(2) P. Reclus. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, N° 17, p. 193.

(3) S. Bonnet. Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 57.

(4) P. Segond. *Congrès français de chir.* (*5e session*), Paris, 1891, p. 213.

(5) E. Doyen. *Ibid.*, p. 234.

(6) S. Pozzi. *Ibid.*, p. 210.

(7) O. Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891. t. XVII, p. 606.

sur quatre cas d'abcès pelviens, dont trois fistuleux traités avec succès par l'hystérectomie vaginale. Dans deux cas, la laparotomie avait été tentée sans résultat et M. Terrillon dut faire l'hystérectomie vaginale, une fois séance tenante, une autre fois au bout de huit jours. M. Terrillon concluait à la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie seulement « dans les abcès anciens fistuleux ou à répétition, cas où la laparotomie peut être impuissante ou dangereuse. » M. Terrillon ayant parlé au cours de sa communication de deux cas d'infection tardive chez deux de ses opérées, MM. Reclus (1) et Bazy (2) signalent des faits analogues. M. Richelot (3) soutient que ces cas sont exceptionnels.

Après ces différents orateurs, M. Quénu (4) communique les résultats excellents (1 décès sur 11) de 11 cas de sa pratique et conclut à la supériorité de l'hystérectomie vaginale appliquée :

1° Aux salpingites ouvertes dans une cavité voisine;

2° Aux salpingites suppurées enclavant l'utérus;

3° Aux salpingites non suppurées avec pelvipéritonite diffuse.

En somme, ses préférences sont uniquement basées sur la possibilité ou l'impossibilité de décortiquer les tumeurs annexielles.

M. Terrier (5) apporte deux cas, un succès et une mort; pour lui « l'hystérectomie vaginale est une opération de nécessité, exceptionnelle, et non de choix, applicable aux cas d'utérus enclavé au milieu de fausses membranes et d'adhérences qui cachent les annexes et les foyers purulents. C'est aussi l'opinion de M. Peyrot (6) qui relate deux cas de pyosalpinx double dont un fistuleux dans le rectum et le vagin, guéris par l'ablation simple de l'utérus.

(1) Reclus. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 614.

(2) Bazy. *Ibid.*, p. 615.

(3) Richelot. *Ibid.*, p. 613.

(4) Quénu. *Ibid.*, p. 638.

(5) Terrier. *Ibid.* p. 642.

(6) Peyrot. *Ibid.*, p. 650.

Enfin, M. Bouilly (1) se range résolument avec MM. Terrillon, Quénu et Terrier et dit ne rien modifier à ses conclusions premières, et MM. Boiffin (2) et Reynier (3) se déclarent tous les deux adversaires résolus de l'opération de Péan, sauf dans les cas les plus graves de suppurations pelviennes.

En somme, rien n'est changé depuis la première discussion, et, si l'opération de Péan a gagné des partisans ou donné des succès, nul ne semble suffisamment édifié pour modifier ses conclusions antérieures.

La question de l'hystérectomie vaginale fut encore agitée à deux reprises à la Société de Chirurgie, mais à un point de vue moins général. La première discussion eut trait exclusivement au manuel opératoire ; M. Quénu (4) proposa de substituer le procédé de Müller, c'est-à-dire la section médiane de l'utérus, au morcellement de Péan. La deuxième discussion fut provoquée par une communication de M. Nélaton (5) sur un cas d'obstruction intestinale par rétroversion, guéri par l'élytrotomie; mon maître Segond en prit prétexte pour montrer la valeur de l'incision vaginale exploratrice et la possibilité de s'arrêter en route quand on pratique l'hystérectomie. Après de judicieuses réflexions de MM. Pozzi, Reclus, Championnière et Routier, il fut établi que, grâce à l'incision vaginale exploratrice, il était possible de réformer un diagnostic et de réduire une hystérectomie à une simple élytrotomie exploratrice.

Au Congrès français de chirurgie de 1892, une seule communication, celle de M. Routier (6), qui se déclare partisan de l'opération de Péan à la condition qu'on la pratique suivant le procédé de Müller-Quénu.

En Juin 1892, paraît la seconde édition du Traité de Gynécologie de Pozzi. L'opération de Péan y est discutée, appréciée

(1) Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 658.
(2) Boiffin. *Ibid.*, p. 664.
(3) Reynier. *Ibid*, p. 654.
(4) Quénu. *Ibid.*, p. 640.
(5) Ch. Nélaton. *Ibid.*, 1892. t. XVIII, p. 49.
(6) Routier. *Congrès français de chirurgie* (*6e session*), *1892*, p. 226.

et décrite, et mon cher maître Pozzi, l'adversaire intransigeant de la première heure, esquisse ses premières concessions et fait cette déclaration précieuse que : « bornée à des cas de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen (1).

Entre temps, l'opération de Péan était expérimentée et prenait droit de cité à l'étranger. En Belgique, Jacobs (2), Rouffart (3), Rochet (4), Debaisieux (5) ; Iversen (6) à Copenhague, Treub (7) en Hollande, Inverardi (8), Bastianelli (9), Acconci (10), Ruggi (11) en Italie, Landau (12) en Allemagne, publiaient de remarquables succès dus à l'hystérectomie vaginale par morcellement ; Sänger (13), dans une communication importante sur la « Cœliotomie », discute la valeur de l'opération de Péan dont il comprend l'indication quand « la laparotomie est im-
» praticable, dans les cas de collections impénétrables, quand
» elle est impuissante à ouvrir tous les foyers comme dans

(1) S. Pozzi. *Traité de Gyn. clin. et op.* 2ᵉ édit., p. 700.

(2) Jacobs. De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Bull. de la Soc. belge de Gyn.* 1891. t. II. N° 4, p. 124. N° 7. p. 169. — De l'hystérectomie vaginale. 52 cas consécutifs snivis de guérison opératoire. *Ann. de Gyn.*, 1892 . t. XXXVIII, p. 123.

(3) Rouffart. Observations de cinq cas d'abcès pelviens traités par la castration utérine. *La clinique*. Bruxelles, 1891. p. 774. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn.*. 1891. t. II, p. 157. — A propos d'un cas d'abcès pelvien traité par laparotomie et castration utérine. *La clinique*. Bruxelles, 1892, p. 49.

(4) P. Rochet (d'Anvers). *Bull. de la Soe. Belge de Gyn.*, 1891, t. II, p. 161. — Un cas de grossesse tubaire. Hystérectomie vaginale. Guérison. *Ibidem*. t. II, p. 136.

(5) Debaisieux. Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Presse Méd. Belge*, 1891, p. 766.

(6) A. Iversen. Ueber periuterine Suppurationen. *Deut. Mel. Woch.*, 1892, N°ˢ 40, 46, 48.

(7) W. N. Hartmann. Ueber die Operation von Péan. *Dissertation inaugurale*. Leyden, 1892.

(8) Inverardi. *Lo Sperimentale*, 1892, N° 6.

(9) Bastianelli. L'isterectomia a complemento della Salpingectomia nelle flogosi pelvische. *La Rif. Med.*, 1892, N° 208, p. 691.

(10) Acconci. Rendi conto clinico dell 1 Gennaio al 30 nov. 1892. Venise 1892.

(11) G. Ruggi. Dell' Isterectomia vaginale studiata nelle sue diverse applicazione. *Bull. della Scienze. Med. di Bologne*, 1893. t. IV. Série VII.

(12) Th. Landau. Zür Behandlung der Chronischen Bekeneiterungen. Die Resektion des Uterus. *Arch. f. Gyn.* 1892, N° 35. p. 689.

(13) Saenger. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Leipziek. *Centr. f. Gyn.*, 1892, N° 33, p. 665.

» les cas très rares de vieux abcès avec fistule *vaginale ou* » *intestinale.* »

Tel était l'état de la question, en France et à l'étranger, quand s'ouvrit à Bruxelles, le 13 septembre 1892, le premier Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique. La question des suppurations pelviennes était à l'ordre du jour et le rapport en avait été confié à mon maître Segond; choix malheureux, si l'on en croit M. Doléris (1), choix qui devait restreindre la question à la seule hystérectomie vaginale et lui enlever tout son intérêt. Quoiqu'il en soit, et malgré l'absence regrettable des laparotomistes français les plus autorisés, l'opération de Péan fut éloquemment défendue par MM. Segond (2), Péan (3), Richelot (4) et Doyen (5). Les communications de Jacobs (6), de Rouffart (7), de Lauwers (8), de Mangiagalli (9), pour ne citer que les plus importantes, montrèrent que l'opération de Péan avait cause gagnée en Belgique et faisait de jour en jour de nouveaux partisans en Italie.

La laparotomie fut défendue par W. Travers (10), Madden (11), Heywood Schmith (12), Sänger (13), Pichevin (14), Delagénière (15); les méthodes conservatrices par Goullioud (16),

(1) Doléris. Le Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, N° 8, p. 400.

(2) P. Segond. Rapport sur les suppurations pelviennes. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 232, et p. 453.

(3) Péan. *Ibid.*, p. 66.

(4) Richelot. *Ibid.*, p. 99.

(5) E. Doyen. *Ibid.*, p. 164 et p. 391.

(6) Jacobs. *Ibid.*, p. 82.

(7) Rouffart. *Ibid.*, p. 135.

(8) Lauwers. *Ibid.*, p. 160.

(9) Mangiagalli. *Ibid.*, p. 213.

(10) W. Travers. *Ibid.*, p. 81.

(11) M. Madden. *Ibid.*, p. 225.

(12) H. Schmith. *Ibid.*, p. 157.

(13) Saenger. *Ibid.*, p. 106.

(14) Pichevin. *Ibid.*, p. 209.

(15) Delagenière. *Ibid.*, p. 124.

(16) Goullioud. *Ibid.*, p. 112.

Vuilliet (1), Chéron (2), etc. Doyen y décrit pour la première fois son procédé d'hémisection antérieure et réclame une priorité dont j'ai fait justice au début de ce chapitre.

Au dernier Congrès français de chirurgie, MM. Terrier et Hartmann provoquèrent une nouvelle discussion en apportant un mémoire soigneusement étudié sur les résultats immédiats et éloignés de 59 cas de suppurations pelviennes traitées par la laparotomie (3). Mon maître Pozzi communique les résultats de sa pratique abdominale pendant les années 1892 et 1893 : sa pratique vaginale, pour être plus modeste, n'en est pas moins singulièrement éloquente, quatorze fois il a posé les indications de l'hystérectomie et quatorze fois il a guéri ses malades (4).

La laparotomie fut encore défendue par MM. Broca (5) et Reynier (6), Delagénière (7) du Mans et Boiffin (8), ces deux derniers chirurgiens condamnant l'hystérectomie sans appel. Deux chirurgiens seulement, MM. Michaux et Segond, prirent la défense de l'hystérectomie et par des chiffres éloquents démontrèrent qu'elle n'avait point à redouter la comparaison avec les statistiques les plus parfaites de salpingectomies abdominales.

En résumé, l'opération de Péan, depuis le jour où mon maître Segond s'en est fait le vulgarisateur éloquent et le champion convaincu, l'opération de Péan a gagné de jour en jour de nouveaux partisans. J'en ai pour preuve la remarquable thèse de Lafourcade où sont réunies 138 observations dues à MM. Michaux, Routier, Richelot, Reclus, Peyrot, Bazy, Nélaton, Le Dentu, Terrillon, Chaput, Quénu. Qu'importe que tel chirur-

(1) Vuilliet. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 132.

(2) J. Chéron. *Ibid.*, p. 162.

(3) F. Terrier et H. Hartmann. Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. *Méd. Mod.* 1893, N° 29, p. 352 et *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1893, t. XXXIX, p. 417.

(4) S. Pozzi. Sur le traitement des suppurations pelviennes. *Congrès franç. de Chir. 7ᵉ session, Paris*, 1893, p. 622.

(5) A. Broca. *Ibid.*, p. 574.

(6) Reynier. *Ibid.*, p. 705.

(7) Delagénière. *Ibid.*, p. 617.

(8) Boiffin. *Ibid.*, p. 598.

gien préfère la section antéro-postérieure au morcellement, tel autre l'hémisection à l'évidement, ce sont là des points secondaires. Le fait capital, c'est que l'opération soit entrée dans la pratique chirurgicale et je crois qu'elle y est bien entrée.

Bien plus, des adversaires des premiers instants, trois sont venus franchement à elle, deux complètement, MM. Richelot et Bouilly; le troisième, mon maître Pozzi, avec de grandes restrictions, il est vrai, mais qui tranchent singulièrement avec sa première attitude. Il admet l'hystérectomie comme *précieuse :* 1° Dans les suppurations diffuses et anciennes, englobant tous les tissus autour des annexes et ayant donné lieu à des désordres tels que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait improbable; 2° Dans les lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondues sont soudées au petit bassin; 3° Fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin, succédant à la laparotomie avec drainage et n'ayant pas cédé au curettage à la dilatation et à la recherche dans la profondeur d'un fil infecté; 4° Persistance des tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à éviter la rechute (1).

Quand on a été témoin comme moi, pendant deux années, des résultats merveilleux que la laparotomie donne à M. Pozzi, même dans les cas graves qu'il abandonne aujourd'hui résolument à l'hystérectomie, on ne saurait trop mettre en relief l'importance de sa conversion, quelque partielle qu'elle puisse paraître. J'estime que cette conversion est un des plus grands hommages rendus à la valeur de l'opération Péan.

Malheureusement, à côté de ces conquêtes dont les défenseurs de l'hystérectomie s'applaudissent avec fierté, et, comme pour en atténuer la grande importance, une défection s'est produite, d'autant plus pénible qu'elle décime les soldats de la première heure. M. Reclus, dont l'enthousiasme pour l'opération nouvelle n'avait point connu de bornes, qui affirmait que l'opération de

(1) S. Pozzi. *Loc. cit.* p. 624.

Péan était une opération facile, que la décortication des annexes par le vagin était aussi aisée que par l'abdomen, M. Reclus est retourné à la laparotomie. Déjà, dans son Traité de Thérapeutique chirurgicale (1), sa foi s'affirmait moins vive, mais rien ne permettait de soupçonner une évolution complète. Tout récemment, dans deux cliniques faites successivement à la Pitié, il déclare se rallier aux conclusions de M. Pozzi, son ancien adversaire, et à la technique opératoire de M. Terrier, le plan incliné, qu'il déclarait naguère « n'être pas encore entré dans la pratique. »

Sans doute, les arguments sur lesquels M. Reclus base ses tendances nouvelles sont présentés avec cet art infini dont sa plume a le secret. Et cependant, je ne les considère pas comme irréfutables. Tout ce travail en témoigne et ce serait me répéter par trop que d'insister davantage. Au surplus, faut-il désespérer de voir un jour M. Reclus revenir plus ou moins sur ses opinions actuelles. Comme il le dit si bien lui-même : « Chaque jour un fait nouveau surgit qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses (2). » Rien n'est plus vrai. Il est donc bien permis d'espérer que quelques observations nouvelles s'ajoutant à celles qui ont éloigné M. Reclus de l'opération de Péan, pourraient bien lui rendre en partie son puissant appui.

(1) P. Reclus et E. Forgue. *Traité de Thérapeutique chirurgicale*. T. II, p. 938.
(2) P. Reclus. *Cliniques chirurgicales de la Pitié*. Paris, 1894, p XII (de la préface).

CHAPITRE II

Manuel opératoire

L'opération de Péan est appelée par l'auteur de la méthode, *castration utérine* (1). Cette dénomination très souvent insuffisante, puisque l'ablation des annexes complète ordinairement l'extirpation de l'utérus, doit pourtant être préférée aux qualifications plus larges de *castration totale* (2) ou de *castration utéro-ovarienne*. Elle indique en effet, que le point capital de la méthode est l'ablation de l'utérus, l'ablation des annexes restant secondaire et subordonnée à l'étendue des lésions. Dans les cas de suppurations pelviennes graves, le morcellement de l'utérus constitue le plus ordinairement toute l'intervention ; « il réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers (3) ». Ce serait compliquer et aggraver inutilement l'opération que de vouloir la faire plus complète ; en effet, la recherche des annexes, dans les cas de ce genre, « serait très grave, très difficile ou même tout-à-fait impossible ». On doit donc se borner à faire sauter la « bonde » et suivant une heureuse appellation de mon maître Pozzi (4), l'hystérectomie est simplement *évacuatrice*.

(1) Péan. Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne. *Gaz. des hôp.* 1890, p. 49.

(2) E. Doyen. 324 opérations sur l'utérus et les annexes. *Archiv. prov. de Chir.*, 1892. t. I. N° 6, p. 477.

(3) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.*, 1891, t. XVII p. 170.

(4) S. Pozzi. *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 2e édit., p. 700.

S'agit-il au contraire de salpingo-ovarites énucléables, le chirurgien doit s'efforcer d'en pratiquer l'ablation, mais en tant que cette manœuvre n'expose pas à une déchirure viscérale quelconque. Si les adhérences résistent, il faut savoir se contenter « d'une ablation incomplète et de la simple ouverture des collections accessibles à la vue et au doigt ».

Ces principes, auxquels on doit se conformer sous peine d'avoir des désastres, justifient bien le nom de *castration utérine*, imposé par Péan à sa méthode. Je suis un peu étonné que M. Doyen (1) affirme que l'ablation totale de l'utérus et des annexes ou *castration totale* peut toujours être faite quelles que soient la gravité et l'étendue de la suppuration et des adhérences. « Pourquoi, écrit-il, cet abandon dans le bassin des annexes enflammées ? N'y faut-il pas voir une conséquence presque forcée d'*un manuel opératoire défectueux* ? » et plus loin : « la castration tubo-ovarienne de Battey, Hégar et Lawson Tait et la castration utérine de Péan sont des opérations incomplètes, elles doivent donc être rejetées au même titre. » Certes voilà un jugement bien sévère, mais qu'on peut réformer en opposant à M. Doyen, M. Doyen lui-même. Au 5me Congrès français de chirurgie. M. Doyen présentait 20 observations d'hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires des annexes. « Sur ces opérées, dit-il (2), toutes ne *subirent pas l'ablation bilatérale des annexes*. Deux fois, nous avons dû laisser dans la cavité abdominale deux tumeurs friables, plus grosses que le poing, une fois une corne utérine. *Malgré les avantages de notre procédé, qui consiste à saisir le col latéralement avec deux pinces à griffes et à sectionner l'utérus de bas en haut et d'avant en arrière, pour en attirer progressivement au dehors les deux moitiés entrouvertes*, les adhérences des annexes très haut situées se sont montrées parfois si résistantes que *leur extirpation n'eut pas été possible sans aggravation notable du pronostic*. Les

(1) E. Doyen. Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et des annexes. 2e édit. Paris, 1893, p. 113.

(2) E. Doyen. Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus. *Congrès français de chir*, *5e session*. Paris, 1891, p. 237.

ovaires laissés en place semblent s'atrophier sans symptômes appréciables. » Ces citations, que M. Doyen paraît avoir un peu oubliées dans son dernier et intéressant travail, expriment la véritable formule de l'opération de Péan, telle que mon maître Segond l'a constamment enseignée. Si, depuis 1891, M. Doyen, dans ses 57 dernières hystérectomies, a toujours pratiqué l'ablation des annexes, c'est que celles-ci étaient pas ou peu adhérentes ; malheureusement les observations de M. Doyen n'ayant jamais été publiées in extenso, il est assez difficile de se faire à ce sujet une opinion précise.

En somme avec Péan, Segond et Doyen lui-même, je définirai l'opération de Péan « le traitement des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale suivie ou non de l'ablation des annexes : c'est toujours une *castration utérine*, très souvent une *castration totale*, ou *utéro-annexielle.*

C'est Péan qui le premier a donné de la castration utérine une technique complète. Mon maître Segond n'a fait qu'en préciser les détails et les points essentiels dans sa première communication à la Société de Chirurgie. Depuis cette époque, il a sensiblement modifié le manuel opératoire de Péan : sans parler du curettage préalable de la cavité utérine qu'il pratique systématiquement depuis le Congrès de Bruxelles, il a substitué aux résections transversales avec hémostase préventive, l'évidement conoïde central avec hémostase consécutive après bascule du fond de l'utérus. M. Quénu préfère la section médiane antéro-postérieure autrefois proposée par Müller : M. Doyen a imaginé l'hémisection antérieure. En somme quatre procédés principaux : celui de Péan, celui de Segond, celui de Quénu, celui de Doyen, les seuls applicables à la castration utérine, les seuls que je doive décrire ici à l'exclusion des procédés autrefois appliqués à l'hystérectomie pour cancer utérin.

Bien que la description de Segond à la Société de Chirurgie diffère peu de celle de Péan, je les donnerai cependant l'une et l'autre, la première comme émanant de l'auteur de la méthode, la seconde comme plus détaillée.

Tous ces procédés ne sont que les applications d'une méthode chirurgicale dont Péan est le père incontesté, le *morcellement*. Quelque procédé qu'on préfère pour pratiquer l'hystérectomie vaginale, on ne fait point une opération spéciale. Le fait d'enlever l'utérus par le vagin quand cette extirpation a pour but le traitement de lésions inflammatoires ou suppurées des annexes, constitue l'*opération de Péan*. Qu'importe que l'utérus soit enlevé fendu sur une de ses parois, en deux moitiés ou en plusieurs morceaux, ce sont là des variantes de technique, qui résultent des préférences personnelles du chirurgien mais qui ne sauraient suffire à édifier une méthode nouvelle.

De l'instrumentation

Avant d'aborder la description de ces divers procédés, je vais indiquer l'instrumentation un peu compliquée qu'ils nécessitent, et la préparation que doivent subir les malades.

Pour pratiquer l'hystérectomie vaginale par morcellement. il faut avoir à sa disposition les instruments suivants :

2 valves courtes.
2 écarteurs latéraux courts.
4 écarteurs à angle droit (modèle de Péan) } petits et moyens.
4 écarteurs contrecoudés » }
4 pinces de Museux à 4 dents.
2 id. à 6 dents.
2 id. à 8 dents.
12 pinces longuettes petites (modèle de Segond) } droites.
6 pinces id. plus grandes }
4 pinces id. courbes.
6 pinces à forcipressure longues.
1 bistouri ordinaire.

3 bistouris longs { 1 droit.
2 courbes, l'un pour couper de droite à gauche, l'autre de gauche à droite.

3 paires de ciseaux { ordinaires.
longs droits.
longs courbes.

6 pinces longues à forcipressure à anneaux dorés pour les éponges.

Les valves courtes (fig. 1), servent au début de l'opération à écarter les parois vaginales antérieure et postérieure. Elles sont parfois, dans les cas d'utérus abaissable, suffisantes pour protéger le rectum et la vessie, après le décollement de l'utérus, jusqu'à l'effondrement des culs de sac. A ce moment, elles sont remplacées avantageusement par les longs écarteurs de Péan (fig. 2). Les écarteurs contrecoudés (fig. 3) sont quelquefois utiles au même titre que les écarteurs latéraux courts, pour rétracter le vagin à droite et à gauche (la femme étant dans la position dorso-sacrée); ils sont surtout commodes comme rugines pour décoller la vessie et le rectum dans les cas d'utérus enclavé au fond du vagin.

Les pinces à préhension à quatre dents (deux sur chaque branche) (fig. 4) sont les plus faciles à manier et suffisent le plus ordinairement. Cependant il est bon d'avoir à sa disposition des modèles plus forts (fig. 5 et 6) qui, lorsqu'on peut les placer, déchirent moins les utérus friables. Il est également très avantageux d'avoir quelques pinces à cadre (fig. 7) pour saisir les fragments d'annexes.

Les pinces à demeure dont M. Segond se sert d'une façon systématique sont les pinces courtes de son modèle (fig. 8). Mais quand le fond de l'utérus a basculé, il est parfois plus simple de placer une seule grande pince droite ou courbe (fig. 9 et 10) sur les ligaments larges.

Les pinces à forcipressure longues (fig. 11 et 12), dont les mors sont moins offensifs que ceux des pinces longuettes, servent à hémostasier les tranches vaginales.

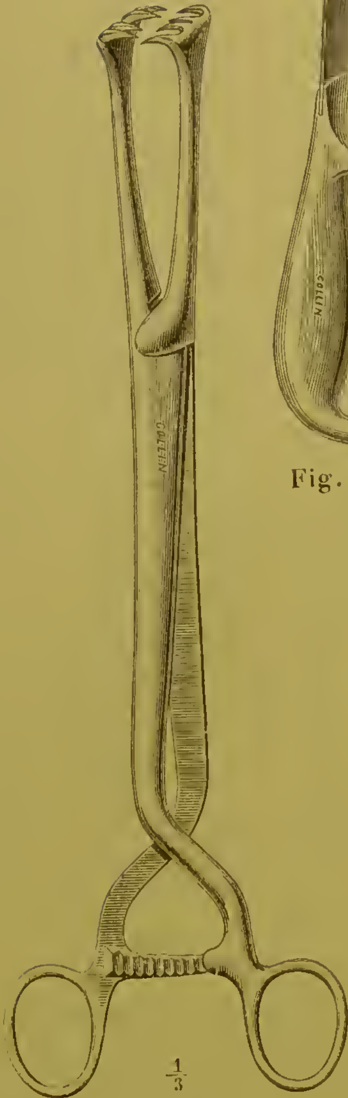
Les bistouris et les ciseaux courbes (fig. 13, 14, 15 et 16) sont indispensables quand on veut pratiquer l'évidement conoïde.



Fig. 1


Fig. 2


Fig. 3



$\frac{1}{3}$
Fig. 6


Fig. 5


Fig. 4

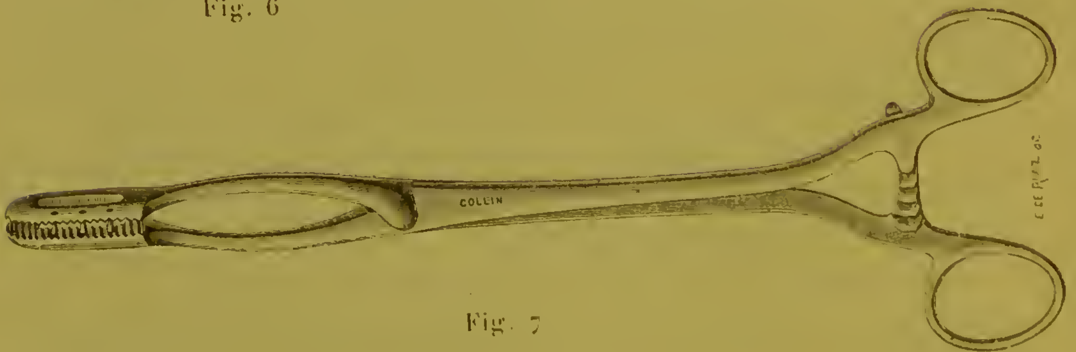


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

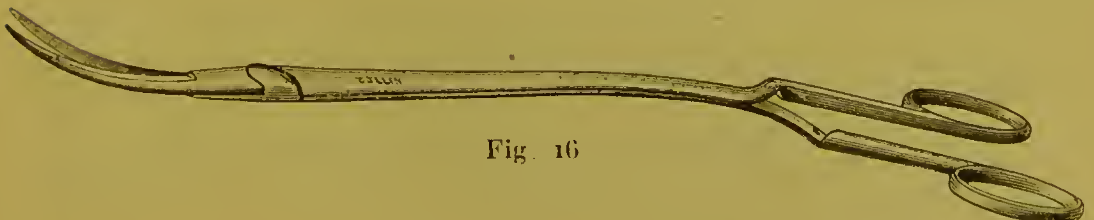


Fig. 16

Cette instrumentation peut paraître considérable, mais elle est indispensable pour les suppurations pelviennes graves avec utérus enclavé. Dans les cas plus simples d'utérus abaissable, elle peut être notablement réduite, surtout au point de vue des pinces hémostatiques et des écarteurs. Mais il en est de l'hystérectomie par morcellement plus encore que de tout autre opération, mieux vaut être trop armé que pris au dépourvu.

Je ne saurais assez insister sur la nécessité de donner aux pinces porte-éponges un signe distinctif extrêmement visible, par exemple d'en faire dorer les anneaux. On évitera ainsi deux accidents opératoires graves : l'*hémorrhagie* ou l'*abandon d'une éponge*. En effet, si rien ne permet de discerner les différentes pinces entre elles, il peut arriver que, croyant agir sur une pince porte-éponge, on tire sur une pince hémostatique, au point d'arracher la portion du ligament large qu'elle hémostasiait, provoquant ainsi une hémorrhagie dont on ne se rend maître bien souvent qu'au prix d'un pincement fait à l'aveugle et au hasard. De même, l'opération terminée, on croit ne laisser dans le vagin que des pinces hémostatiques ; au bout de quarante-huit heures on les enlève et la pince porte-éponge abandonne au fond du vagin une éponge qui devient fatalement le point de départ d'accidents septiques graves (1).

La table d'opération sera quelconque ; l'important est qu'elle soit solide, peu large pour ne pas fatiguer inutilement les aides, assez élevée pour que la région opératoire soit à la hauteur de la poitrine du chirurgien assis. Mon collègue et ami Malherbe vient de faire construire une table qui réalise parfaitement ces conditions.

En ville, une table en bois recouverte d'une toile cirée dont l'extrémité vient faire entonnoir et plonger dans un seau placé entre les jambes du chirurgien est suffisante.

Soins préliminaires

Huit jours avant l'opération les malades sont soumises, matin

(1) Mon maître Segond distingue les pinces courbes, au moyen d'une tache dorée placée au niveau de la crémaillière du côté de la courbure. Grâce à cet indice il est possible de retirer les pinces courbes sans occasionner la moindre contusion des parois vaginales.

et soir, à une injection vaginale chaude d'au moins deux litres faite avec une solution de sublimé au 1/2000e. Elles prennent également pendant ces huit jours avant chaque repas un des paquets suivants :

Naphtol β Cascara sagrada	āā 0,40 centigr.

Ce n'est point, comme le dit Malapert (1), tourmenter les malades, que leur faire prendre des préparations antiseptiques.

La veille de l'opération elles sont purgées et prennent un bain. Le soir on rase avec soin la vulve et le pubis et un pansement antiseptique humide est appliqué sur la vulve. Si la purgation a donné peu de résultats, il est prudent de vider le rectum par un lavement purgatif donné dans la nuit, ou tout au moins six heures avant l'opération, pour éviter qu'il ne soit rendu au cours de l'hystérectomie.

Au moment de l'opération, les malades sont revêtues d'un grand peignoir de flanelle fendu jusqu'à mi-dos, de façon que les pans facilement relevés ne soient pas souillés par le sang ou les liquides. Les jambes de la malade sont garnies d'ouate jusqu'à mi-cuisse ou roulées dans des couvertures de laine.

Une fois la malade endormie et placée sur la table d'opération, la vulve, la partie supérieure des cuisses, le périnée et l'hypogastre sont soigneusement savonnés et brossés, puis lavés à l'alcool et au sublimé au 1/1000e. Le vagin est également savonné et rincé avec la même solution de sublimé. Pour cela deux doigts sont introduits jusqu'au niveau du col, déplissent les culs de sac, en nettoient tous les replis. Avant de terminer la toilette vaginale, on sonde la malade, de façon que l'urine qui peut s'écouler au moment où l'on retire la sonde, soit entraînée par le courant du liquide irrigateur.

Enfin toutes les régions désinfectées sont couvertes de compresses antiseptiques. Les deux aides immédiats se placent l'un à droite, l'autre à gauche de la malade, un troisième aide

(1) Malapert. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Th. de Paris*, 1893, p. 44.

est préposé aux éponges, un quatrième aux instruments. Il est superflu de dire que tous ces aides se sont préalablement désinfecté les mains et les avant-bras au savon, à l'alcool et au sublimé. On peut supprimer un aide si l'on a à sa disposition des supports pour les cuisses ; le même aide tient alors la valve rectale et vésicale. Cependant, même dans ce cas, les deux aides immédiats sont nécessaires, si l'étroitesse de la vulve oblige à placer des écarteurs latéraux.

Procédé de Péan (1)

Description de Péan. — La malade, chloroformée, est couchée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever la table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit, l'opérateur étant assis, à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Dans un premier temps, les aides placés de chaque côté rétractent avec quatre valves plates, les parois du vagin de façon à permettre à l'opérateur de voir les lèvres de l'utérus et de les attirer à la vulve avec une pince de Museux. Cette pince doit avoir des dents assez larges pour éviter la déchirure du tissu utérin devenu souvent très-friable. Le col est alors désinséré dans toute sa hauteur.

Pendant cette désinsertion, les vaisseaux de l'espace peritonéo-vaginal saignent presque toujours assez abondamment. C'est du reste la règle toutes les fois qu'on opère dans une région voisine d'un tissu enflammé. Si l'hémorrhagie, par son abondance,

(1) Péan, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1890. t. XXIV, p. 9.



Fig. 17. — Libération du vagin. Incision circulaire classique.

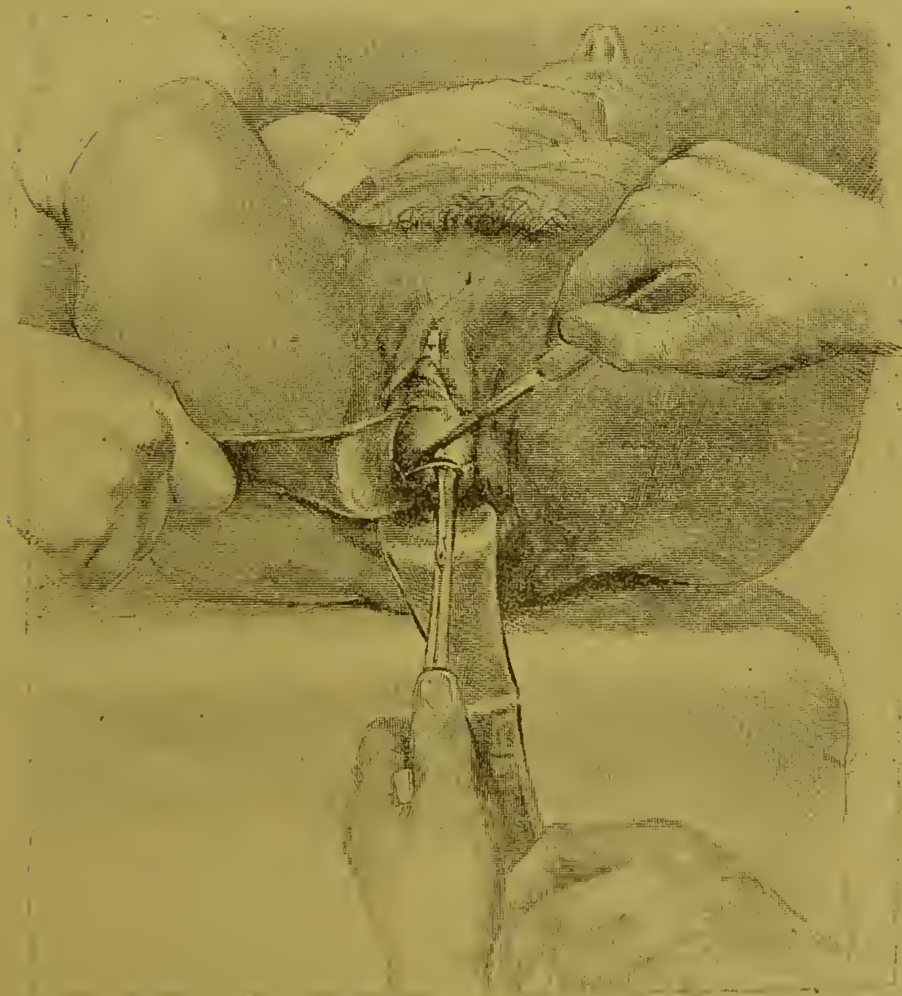


Fig. 18. — Libération du vagin. Incision de Segond.

devient gênante, on l'arrête en plaçant sur les vaisseaux sectionnés quelques pinces hémostatiques.

Immédiatement après la désinsertion, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux. A ce moment, lorsque la collection purulente occupe ces culs-de-sac ou le tissu cellulaire péri-utérin, le pus sort en abondance. Mais cet écoulement n'est qu'un épisode sans importance. Qu'il se produise ou non, la règle que suit l'opérateur est toujours la même.

Il doit, dans un second temps, lorsque la castration lui paraît indiquée, détacher avec les doigts les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Pendant ce temps, et, à mesure que ce dégagement a lieu, les valves sont introduites plus profondément, de façon à écarter du champ opératoire le péritoine décollé et à protéger la vessie et les uretères. Il ne reste plus qu'à pincer et à sectionner les ligaments larges.

On place à cet effet, sur la base de l'un de ces ligaments, deux ou trois pinces-longuettes à mors droits ou courbes, en ayant soin de sectionner toutes les parties pincées avant d'appliquer une nouvelle pince. La section doit être faite le plus près possible du tissu utérin. Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut, dans toute sa hauteur. En agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin. *L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait.*

Lorsque l'un des ligaments larges a été sectionné, rien n'est plus facile, s'il n'existe pas d'adhérences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de haut en bas l'autre ligament large et de libérer la matrice.

Mais les choses ne se passent pas toujours de façon aussi simple. La section progressive de bas en haut de l'un des ligaments larges, d'ailleurs si avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une seule pièce. Le chirurgien est souvent obligé de recourir au morcellement de cet organe, pour arriver à la partie supérieure de l'utérus, qu'il peut dès lors

facilement dégager des parties voisines, soit par simple décollement, soit par section après pincement préventif. C'est le seul moyen d'enlever cet organe complètement sans crainte de léser les parties voisines, lorsqu'il existe des adhérences entre lui et les viscères pelviens.

Telle est la meilleure méthode d'hystérectomie vaginale totale dans les cas de suppuration de l'utérus et de ses annexes. Lorsque l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes et d'exciser les trompes et les ovaires si on le juge nécessaire. Ces opérations complémentaires se font rapidement et sans qu'on ait à redouter une hémorrhagie, grâce au pincement préventif et définitif.

Description de P. Segond (1). — La malade étant placée dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et courts et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée, tout autour du col, au bistouri. La muqueuse vaginale saigne rarement assez pour qu'il soit nécessaire d'en saisir les vaisseaux avec des pinces à forcipressure. L'opérateur, avec le doigt, toutes les fois que la chose est possible, ou bien avec l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine, procède alors au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ce décollement doit être poursuivi avec le soin constant de se maintenir strictement sur le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum, et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout, sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

(1) Cette description est la reproduction presque textuelle du manuel opératoire décrit par mon maître Segond à la Société de Chirurgie (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir*, 1891, t. XVII, p. 153).



Fig. 19. — Décollement de la vessie avec le pouce.

Fig. 20. — Mise en place de la première pince à la base du ligament large gauche sur l'artère utérine.

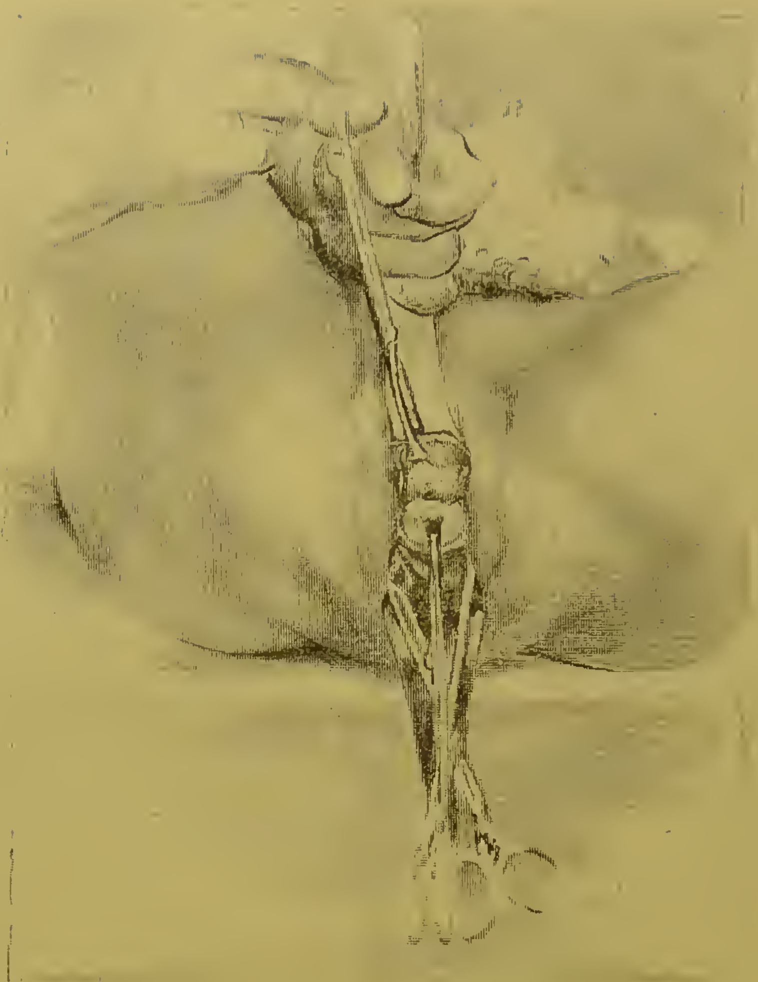


Fig. 21. — Les deux artères utérines étant pincées, le col libéré est divisé en deux valves antérieure et postérieure.

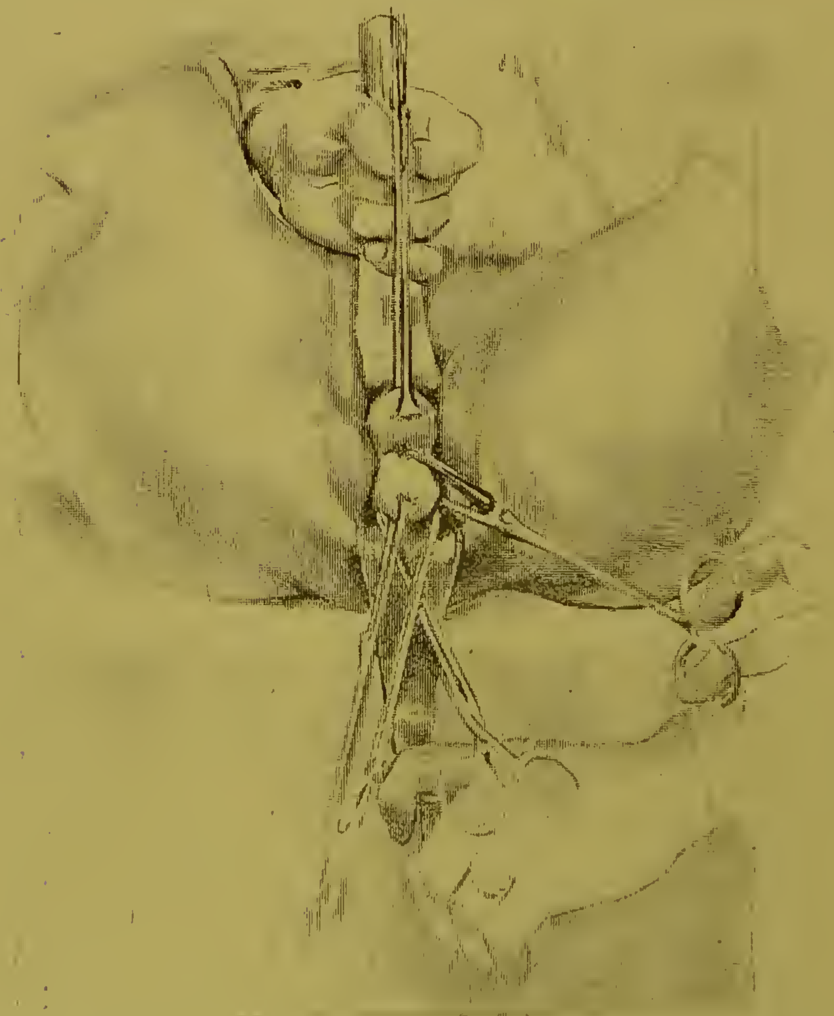


Fig. 22. — La valve postérieure est saisie à sa base par une pince à préhension. Toute la partie située au-dessous de cette pince va être réséquée.

La section des ligaments larges se fait d'après les règles suivantes : Deux écarteurs plus ou moins longs selon que les culs-de-sacs péritonéaux sont ouverts ou non, sont placés en avant ou en arrière pour protéger la vessie et le rectum. Les faces antérieure et postérieure de l'utérus apparaissent alors libérées sur une certaine étendue. ainsi que la portion correspondante des ligaments larges. Cette portion des ligaments larges ainsi rendue visible et accessible est saisie dans une pince à mors parallèles, forts et courts, puis sectionnée au ras de l'utérus.

En aucune façon, il ne faut se servir des grandes pinces de Richelot dont les extrémités iraient saisir des portions de ligament large qu'on ne verrait pas. On cesserait alors de voir ce que l'on fait ; et on s'exposerait à blesser des organes importants ou à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus. On se placerait ainsi dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'écoulement du pus qui s'épancherait dans le péritoine.

Le segment de l'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est alors divisé avec de forts ciseaux en deux valves antérieure et postérieure.

Une pince à préhension est placée à la base de chaque valve et le segment d'utérus situé au-dessous d'elle est excisé. Les mêmes manœuvres sont répétées pour la portion restant du corps utérin. L'on procède par étapes successives. Chaque étape comprenant quatre temps principaux : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues. On arrive ainsi à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. On peut même dire que la condition première pour pratiquer le morcellement en toute sécurité consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissus, sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Les deux artifices opératoires qui permettent d'agir de la sorte sont, d'une part, l'usage de grands écarteurs coudés et d'autre part, la division de l'utérus en deux valves. Bien manœuvrés, les écarteurs donnent en effet au champ opératoire des dimensions inespérées en même temps qu'ils protègent efficacement tous les organes nécessaires à respecter. Quant à la division en deux valves que l'on résèque isolément, elle a pour effet de faciliter l'abaissement de l'organe et de permettre le plus souvent la mobilisation des parties qui paraissent le plus souvent inabordables. C'est donc à cette manœuvre qu'on doit la possibilité d'extirper l'utérus en totalité, quelles que soient son élévation ou sa fixation dans le petit bassin, et, c'est par exception, que l'on est parfois conduit à laisser au fond de la plaie les parties les plus élevées de l'organe.

Une fois l'utérus enlevé, comment doit-on se comporter vis-à-vis des annexes? Pour résoudre cette importante question il est nécessaire de faire une classification des lésions qu'elles peuvent présenter.

S'agit-il de ces cas de suppurations pelviennes graves (pyosalpinx fistuleux ou non avec périmétro-salpingite suppurée), pour lesquels tous les chirurgiens français admettent aujourd'hui la supériorité de l'opération de Péan ? dans ces cas, l'hystérectomie est toute l'intervention. Ordinairement c'est au cours du morcellement que les collections purulentes sont ouvertes par le travail des écarteurs. L'utérus enlevé, on tombe dans une cavité extrapéritonéale formée par la réunion de toutes les poches péri-utérines évacuées. Parfois cependant, il s'écoule peu de pus pendant le morcellement : il faut alors, par la brèche qu'on vient d'ouvrir dans le petit bassin, aller à la recherche du pus en crevant purement et simplement les saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt.

Dans tous les cas, cette exploration du pelvis s'impose, quelle que soit la multiplicité des poches ouvertes au cours de l'ablation de l'utérus. L'abandon d'une poche purulente aggrave singulièrement le pronostic de l'intervention (Observation 13).

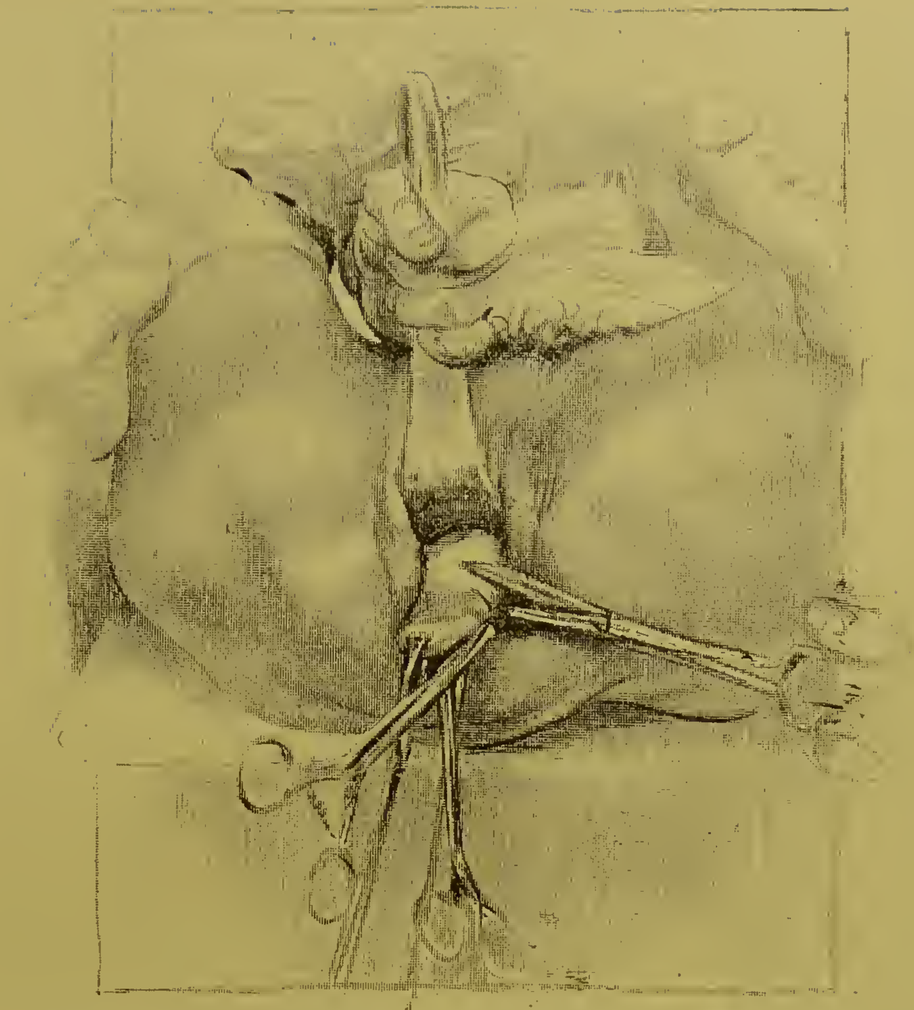


Fig. 23. — Direction des ciseaux qui vont amorcer une hémisection sur la paroi utérine antérieure bien dégagée.

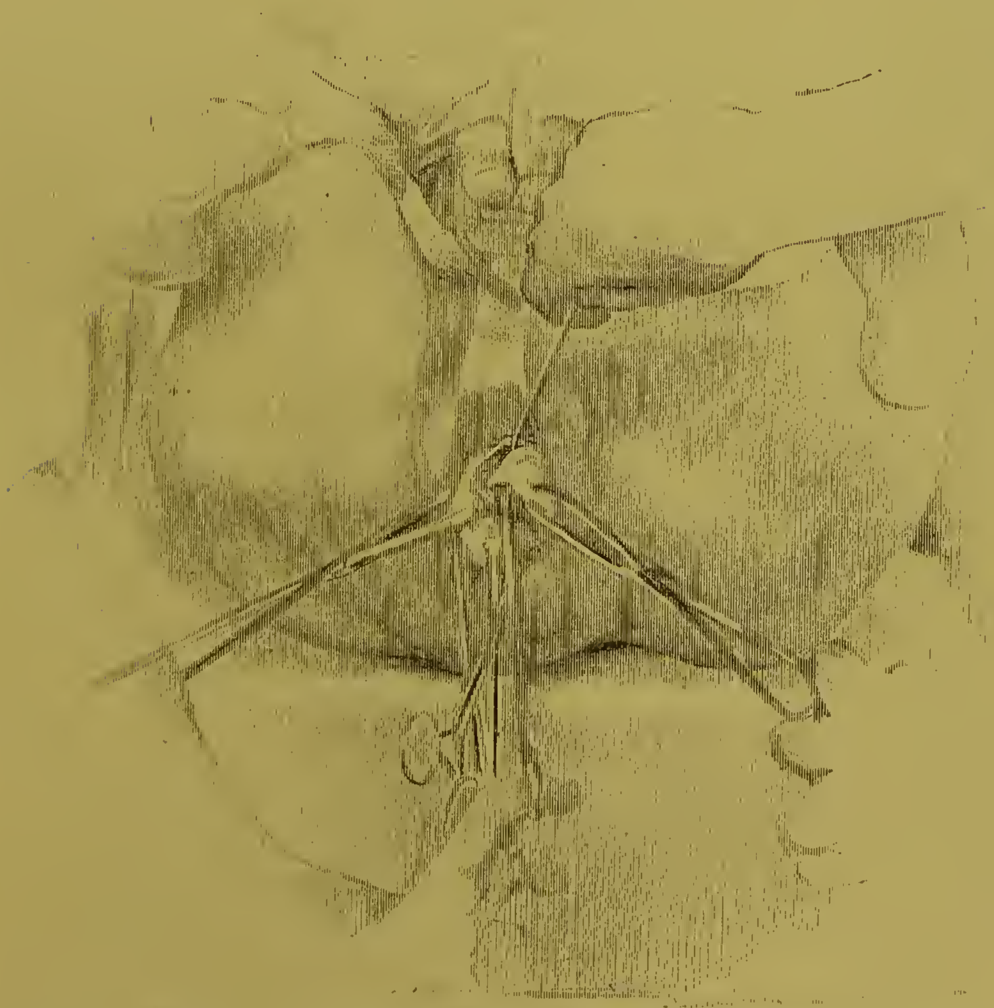


Fig. 24. — Manœuvre d'évidement conoïde central sur la paroi utérine antérieure.

Fig. 25. — Aspect du corps utérin après un temps d'évidement sur la paroi antérieure.



Fig. 26. — L'utérus basculé en avant sans entraîner les annexes adhérentes. Une pince longuette est placée de haut en bas sur le bord supérieur du ligament large entre l'utérus et ces annexes.

Dans les cas de salpingites kystiques adhérentes (pyosalpinx, hydrosalpinx, hématosalpinx) mais sûrement énucléables par laparotomie, l'hystérectomie doit autant que possible n'être que le premier temps de l'intervention. L'opérateur va à la recherche des annexes malades et, s'aidant de la palpation abdominale, s'efforce de les décortiquer. Pour peu qu'elles se mobilisent, il les saisit avec des pinces à mors plats, les crève et les résèque aussi loin qu'il peut. Sont-elles adhérentes à l'épiploon (Observations 89, 123, 166, 189), à l'intestin grêle (Observation 62), à l'appendice iléo-cæcal (Observations 111, 130, 132)? On les sépare par une dissection soigneuse. Si les adhérences résistent aux tractions des pinces, il ne faut pas hésiter à abandonner les annexes, on les ouvre, on les dilacère et on tamponne à leur niveau.

Enfin, dans les cas plus simples de salpingites parenchymateuses, d'ovaires scléro-kystiques, voire même de salpingites kystiques peu adhérentes, l'ablation totale des annexes est presque toujours possible. Au moment où le fond de l'utérus bascule, les annexes apparaissent entraînées à sa suite. On peut les enlever avec le fond de la matrice en plaçant une pince en dehors d'elles ou bien, une fois l'utérus enlevé, on les excise séparément.

Procédé de Segond.

Il y a près de deux ans que mon maître Segond a modifié le procédé opératoire type de Péan et associé systématiquement aux avantages du morcellement par résections transversales successives avec hémostase préventive, les facilités opératoires que donnent l'*évidement conoïde central* ou *les hémisections utérines* en permettant de faire basculer le fond de l'utérus en avant ou en arrière et d'en pratiquer plus sûrement l'ablation complète. Les faits lui ont donné raison, car depuis qu'il applique systématiquement ce manuel opératoire, il ne lui est plus arrivé de laisser des fragments d'utérus.

Le col étant fortement saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux, on incise la muqueuse vaginale ; à l'incision circulaire classique (fig. 17), M. Segond ajoute deux petites incisions latérales parallèles à la base, des ligaments larges (fig. 18), sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir plus loin. Le cul-de-sac postérieur étant effondré, et la vessie complètement décollée du col avec le doigt (fig. 19), deux pinces longuettes courtes sont placées à la base des ligaments larges sur les artères utérines (fig. 20), et la portion de ligament hémostasiée est sectionnée. Le col ainsi libéré est divisé par deux incisions latérales en deux valves antérieure et postérieure (fig. 21) et chacune de ces valves est successivement réséquée (fig. 22). Ainsi les deux premiers temps du procédé de Segond ne diffèrent pas des deux premiers temps du procédé de Péan. L'évidement ne commence que lorsque le col a été enlevé par résection transversale après hémostase préventive des artères utérines. A ce moment, l'opérateur, maintenant fortement avec une pince de Museux la lèvre antérieure du moignon utérin, peut tenter une hémisection antérieure à la manière de Doyen (fig. 23). Si cette manœuvre ne suffit point à faire descendre l'utérus, on procède alors immédiatement à *l'évidement central conoïde* (1).

Armé d'un bistouri courbe, on dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à la pince de Museux (fig. 24 et 25). Avant de détacher complètement ce cône on s'amarre avec une pince à deux dents sur la lèvre du cône creux concentrique qu'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein. La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas, j'allais dire cône à cône, du col vers le fond de l'utérus. Le point capital de ce procédé c'est de se tenir toujours sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus. Si l'on se conforme à ce précepte fondamental, même en exerçant sur l'utérus une traction modérée, on opère pour ainsi dire à blanc.

(1) L'expression *évidement central* ne semble pas avoir toujours été parfaitement comprise. Elle ne signifie point qu'on évide du centre de l'utérus vers sa périphérie, mais bien de la face péritonéale vers la cavité, en se tenant toujours *au centre* de l'organe.



Fig. 27. — L'utérus bascule entraînant les annexes en dehors une pince est placée.

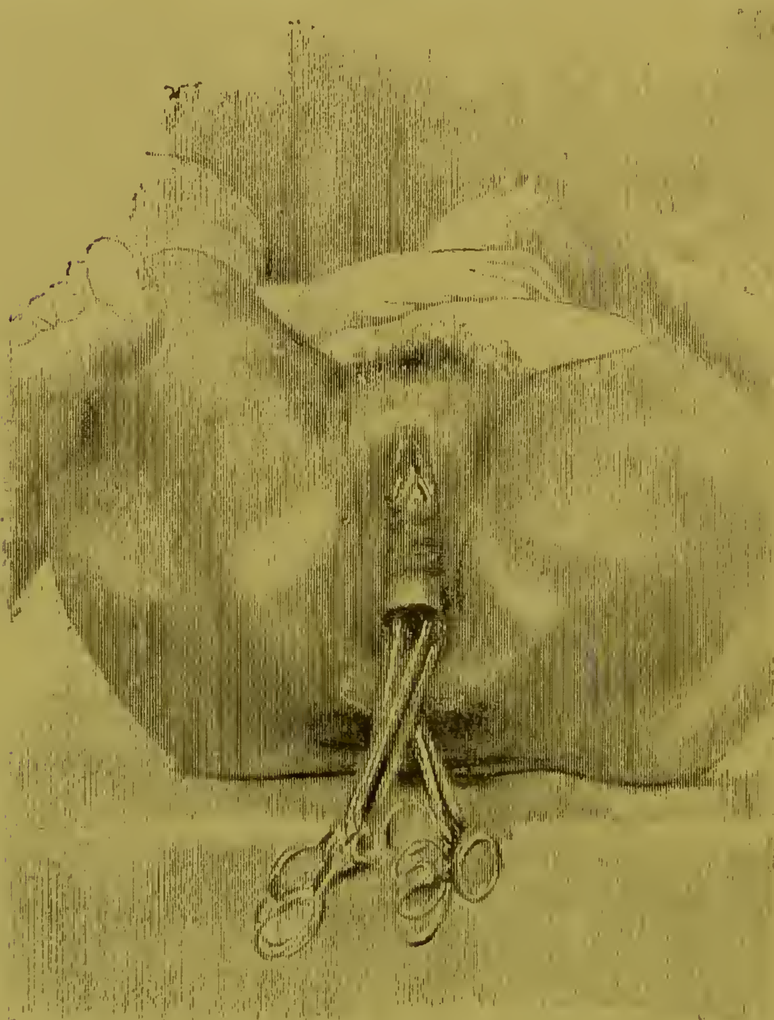


Fig. 28. — Aspect des pinces à demeure après l'opération.

Peu à peu, grâce à la disparition de la paroi utérine antérieure ainsi réséquée par segments coniques successifs, l'organe bascule en avant dans le cul-de-sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges (fig. 26). A ce moment seulement l'opérateur doit songer à l'hémostase. En dehors des annexes si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin (fig. 27), en dedans d'elles, pour peu que des adhérences solides les empêchent de descendre, l'opérateur place de haut en bas de petites pinces longuettes, généralement deux, par ligament large. Chaque ligament est sectionné et les pinces retombent en faisant décrire à la portion du ligament qu'elles hémostasient, une torsion de 180°. A mesure qu'une pince est placée on sectionne une étendue de ligament égale à la longueur de ses mors et en deux ou trois coups de ciseaux l'utérus est libéré et l'opération terminée avec quatre ou six pinces (fig. 28).

L'organe ainsi enlevé est un utérus sans col et sans paroi antérieure. Seule la paroi postérieure a été généralement respectée. Je dis généralement, car, pour peu que des adhérences solides la fixent dans le cul-de-sac de Douglas, il ne faut pas hésiter à la traiter comme la paroi antérieure, à en évider la portion médiane, de telle sorte que l'utérus, réduit à ses deux angles tubaires, s'infléchisse au niveau de son fond comme au niveau d'une charnière.

L'utérus enlevé, la recherche et l'ablation des annexes adhérentes sont faites suivant les règles déjà données.

En somme, ce procédé n'est autre chose qu'un *morcellement* ; il diffère cependant du procédé de Péan en ce que l'hémostase, sauf pour les utérines, au lieu d'être préventive, est consécutive. Il en résulte cet avantage très appréciable d'arriver à la fin d'une hystérectomie laborieuse, sans être encombré par d'autres pinces que celles qu'on a placées dès le début de l'intervention sur les artères utérines (1).

(1) Depuis le mois de Septembre 1892, mon maître Segond fait toujours précéder l'hystérectomie d'un curettage minutieux de la cavité utérine suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 1/10[e].

Procédé Müller-Quénu

En 1882, Müller (1) proposa de modifier ainsi qu'il suit l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale : « L'expérience, écrit-il, a montré à tous les opérateurs que la ligature du deuxième ligament large est toujours aisée et sans danger, parce qu'alors l'utérus libéré de sa première attache peut être attiré à la vulve et que le deuxième ligament est facilement accessible. On peut fendre verticalement l'utérus en deux moitiés symétriques après l'avoir renversé ou simplement attiré en bas. Cela fait, on peut attirer chaque moitié de l'utérus avec son ligament et lier ce dernier aussi facilement qu'on liait autrefois le second ligament. On pourrait reprocher à ce procédé l'hémorrhagie résultant de la plaie utérine au moment où on fend la matrice, mais cette hémorrhagie ne peut avoir d'importance parce que la disposition anatomique des vaisseaux de l'utérus est telle, qu'on ne peut rencontrer aucun vaisseau, volumineux dans le champ de la section. En outre, la section peut être faite assez rapidement pour que l'hémorrhagie ne dure pas. Enfin les moitiés sectionnées pourraient être comprimées à la main ou bien on pourrait s'en servir pour opérer l'extension ou la torsion des ligaments larges, ce qui diminuerait sûrement l'hémorrhagie jusqu'au moment de la pose des ligatures. »

De cette manœuvre opératoire proposée par Müller, M. Quénu a fait un procédé d'hystérectomie vaginale (2) parfaitement réglé.

Le col étant saisi latéralement avec deux fortes pinces à traction, la muqueuse vaginale est incisée circulairement comme dans toute hystérectomie vaginale et l'hémostase de cette mu-

(1) P. Müller. Eine Modifikation der vaginalen Totalextirpation des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 1882. N° 6, p. 113, 115.

(2) Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1892. t. XVIII, p. 331 et De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes. *Ann. de Gyn.*, 1892. t. XXXVII, p. 321.

queuse saignante est faite, séance tenante, par l'application de pinces hémostatiques. On dénude alors sur une certaine étendue le col en arrière et en avant ; assez souvent il est possible d'atteindre vite le cul-de-sac recto-utérin et de le défoncer. Une fois cette dénudation bien faite on incise verticalement et au milieu, la portion du col libérée, avec des ciseaux ; on peut, au fur et à mesure de l'ouvèrture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 10me. On reporte alors les pinces à traction un peu plus haut, toujours sur les côtés ; la section utérine figure ainsi un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés du col incisé.

L'abaissement de l'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure. Bientôt le fond de l'utérus apparaît et semble comme plonger au milieu. On l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. Il faut à ce moment saisir près du fond, chaque moitié utérine avec une bonne pince de Richelot et l'attirer au dehors, en lui faisant subir un mouvement de torsion : les deux pinces à traction sont ainsi rejetées sur les côtés et au dehors, tenues par un aide, et le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de la cavité péritonéale, de l'ouverture ou de l'ablation des poches, ou terminer l'opération en assurant l'hémostase définitive soit au moyen de pinces soit au moyen de ligatures ; puis on résèque chaque moitié de l'utérus. Dans ses premières opérations, M. Quénu plaçait une ligature sur l'étage inférieur du ligament large dès le début de l'opération. Actuellement il y met une pince à mors courts et forts (1). Enfin quand la grande pince est placée sur le ligament large, comme les mors peuvent être écartés l'un de l'autre à leur extrémité, M. Quénu jette, quand il a des doutes, une ligature en masse par dessus la pince en dehors d'elle, sur le ligament

(1) M. Malapert. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris.* 1893, p. 74.

large, cette ligature a pour but de ramener tous les tissus en bas vers l'articulation de la pince et d'empêcher qu'ils ne sortent de ses mors.

Tel est le procédé de M. Quénu; bien que basé sur les mêmes données anatomiques que celui de Müller, c'est-à-dire sur l'absence d'hémorrhagie, quand on incise l'utérus sur la ligne médiane, il en diffère cependant. « J'ai eu peine à entendre, dit M. Quénu (1), que le procédé que j'ai suivi et décrit, était qualifié de procédé de Müller. » Il est, en effet, incontestable que si M. Quénu utilise la section médiane comme Müller, c'est, « dans un autre dessein, d'une façon différente et à un autre temps de l'opération ». Mais il est non moins vrai que l'idée de la section médiane appartient à Müller, et tout en reconnaissant à M. Quénu le très grand mérite d'avoir réglé et rendu pratique un procédé complètement délaissé, il est équitable, je crois, de désigner la manœuvre de la section médiane sous le nom de procédé de Müller-Quénu.

Procédé de Doyen

Jusqu'au mois d'Avril 1891, Doyen paraît avoir employé le procédé de Müller, ainsi qu'il ressort du texte même de sa communication au Congrès Français de chirurgie : « Malgré les avantages de notre procédé, qui consiste à saisir le col latéralement avec deux pinces à griffes et à *sectionner l'utérus de bas en haut et d'avant en arrière pour en attirer progressivement au dehors les deux moitiés entrouvertes* les adhérences des annexes très haut situées se sont montrées parfois si résistantes, que leur extirpation n'eut pas été possible sans aggravation notable du pronostic (2) ». D'autre part, en 1887, Doyen employait

(1) QUÉNU. *Loc. cit.*, p. 323.

(2) E. DOYEN. Résultats éloignés des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus *Congr. franç. de Chir.* (5e *session*). Paris, 1891, p. 237.

encore, pour les utérus cancéreux du moins, le procédé longtemps en faveur qui consistait à ouvrir les culs-de-sac péritonéaux et à extirper l'utérus d'une seule pièce, après avoir placé de bas en haut une longue pince de Richelot sur chaque ligament large. Doyen est très explicite à ce sujet dans les deux observations qu'il communiqua à la Société médicale de Reims le 4 mai 1887 (1). C'est donc à tort, que, dans son article des Archives provinciales, il prétend à plusieurs reprises avoir découvert, dès 1887, son ingénieux procédé d'hémisection antérieure, et pratiqué d'emblée et de propos délibéré la castration totale. Je le répète, Doyen a contre lui ses propres textes, et leur interprétation ne peut prêter à la moindre équivoque.

C'est au Congrès de Bruxelles, que Doyen a pour la première fois, donné une description complète de son procédé d'hémisection antérieure, procédé qui lui appartient complètement.

La malade est purgée avant l'opération. Pendant 48 heures on applique un pessaire Gariel à air comprimé afin de dilater le vagin. La vulve est rasée : la vessie est évacuée à l'aide d'une sonde et la cavité vaginale lavée au savon et au sublimé.

La malade est placée dans la position dorso-sacrée, les jambes sont relevées.

L'opérateur n'a qu'un aide assis à sa droite; les instruments sont à leur portée. Le col est saisi latéralement par deux pinces à griffes qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération. L'abaissement étant aussi complet que possible, on incise avec des ciseaux mousses la muqueuse vaginale au pourtour du col. Le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert avec l'index droit, et la face postérieure de l'utérus détachée de ses adhérences, s'il en existe. Il est donc facile d'explorer le petit bassin et de décider si l'utérus doit être sacrifié.

La vessie est alors isolée de l'utérus, entraînant avec elle les uretères. Puis les deux pinces du col sont attirées en bas,

(1) E. Doyen. Hystérectomie vaginale. *Union Méd. du Nord-Est*, 1887, p. 218.

un court écarteur maintenu par l'aide au-dessus du pubis soulève la vessie. On sectionne de bas en haut la paroi antérieure

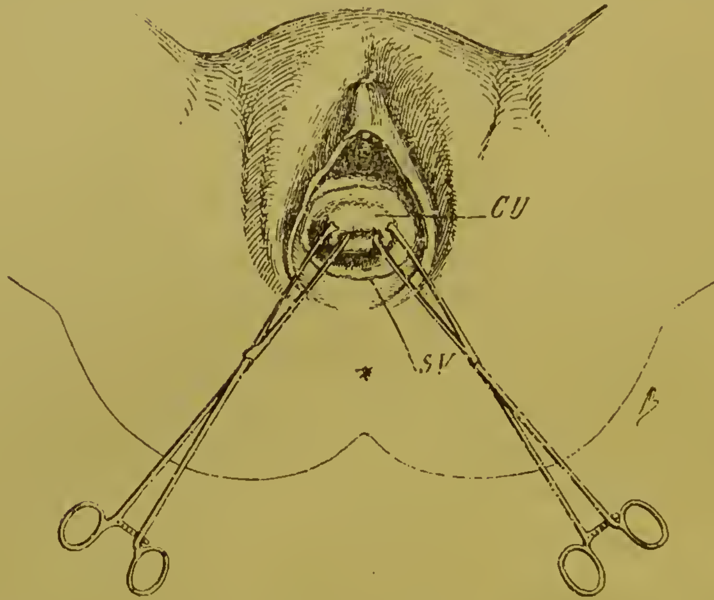


Fig. 29. — Les deux commissures latérales du col sont saisies par des pinces à griffes et abaissées. Section circulaire des culs-de-sac vaginaux tout autour du col. CU col de l'utérus. — SV, section de la muqueuse vaginale.

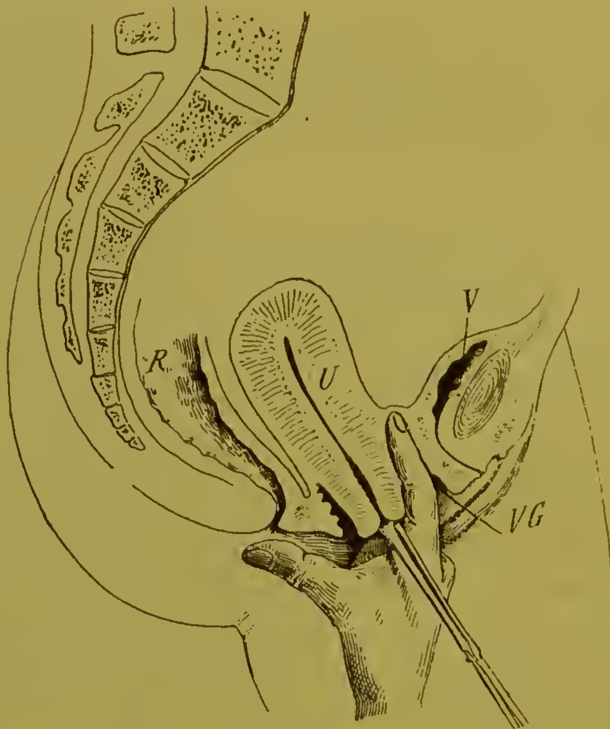


Fig. 30. — Décollement de la vessie avec l'index droit. L'utérus est maintenu abaissé. R. Rectum. — U. Utérus. — V. Vessie. — VG. Vagin.

du col : le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin généralement apparent au-dessous de l'écarteur, est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers entr'ouverts et agissant comme un instrument mousse et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur.

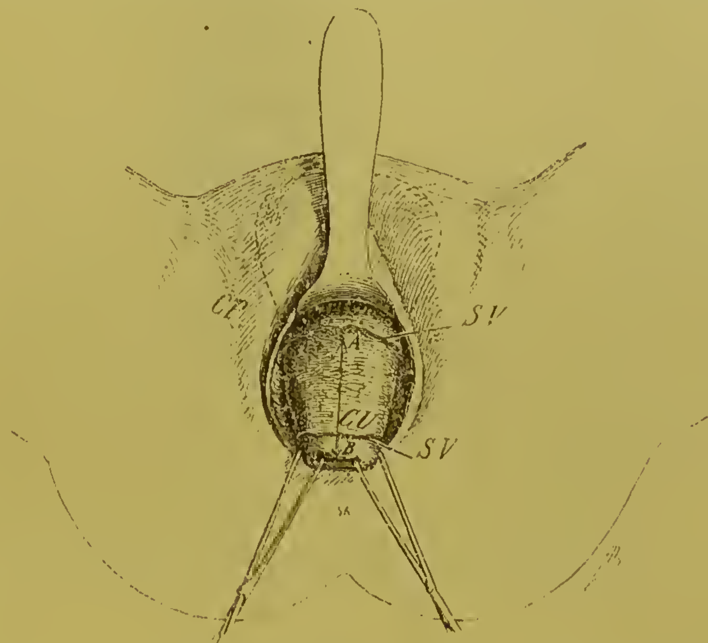


Fig. 33. — Abaissement de la portion sus-vaginale du col détachée de la vessie et des uretères. Section longitudinale de la paroi antérieure du col. CU col de l'utérus. — — SV, section de la muqueuse du vagin. — CP, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. — AB, section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

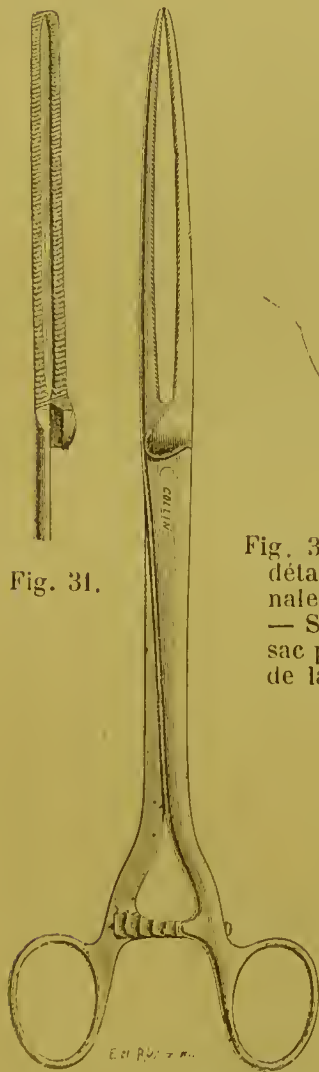


Fig. 31.

Fig. 32. — Pinces à mors élastiques de Doyen.

L'utérus est saisi à droite et à gauche sur les lèvres de la section longitudinale par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas : un nouveau coup de ciseaux prolonge la section et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction.

Lorsque l'utérus est hors de la vulve il n'a été fait encore aucune hémostase.

On détache avec les doigts, s'il y a lieu, et on attire aussi bas que possible, avec des pinces à anneaux, les annexes altérées ou non et à ce moment seulement on songe à l'hémostase. Doyen commence généralement, à moins d'indication contraire, par le ligament large gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche au-delà des annexes, une longue pince à mors élastiques est introduite verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière et fermée modérément de façon à s'assurer par le contact direct de ses extrémités avec l'index gauche au niveau du cul de sac postérieur que rien ne lui échappe et que par contre elle ne saisit aucun organe étranger. La pince est alors serrée au maximum ; une deuxième pince plus petite est appliquée au-dessous pour plus de sécurité et le ligament large sectionné à quelques millimètres d'elle. L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes, on place

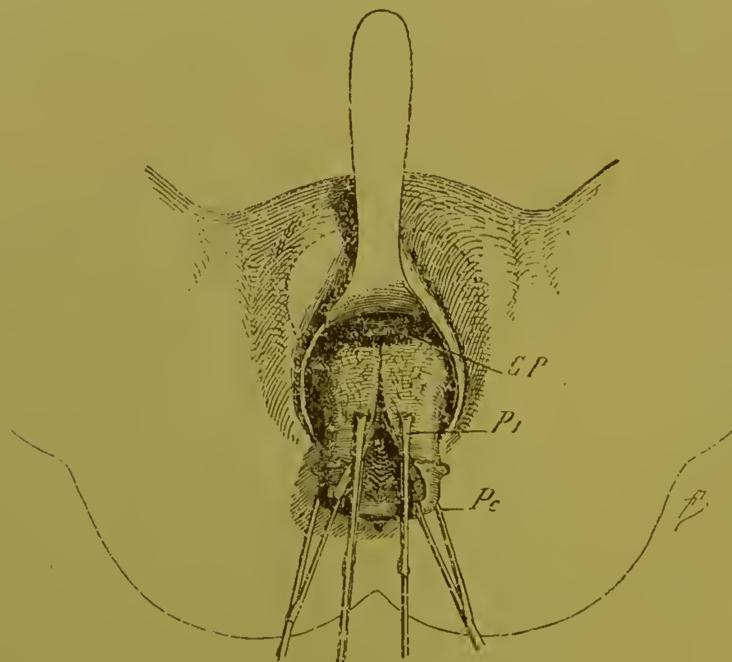


Fig. 34. — Prolongement de la section longitudinale. Apparition au dehors et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. — Pc, pinces appliquées sur les commissures latérales du col où elles resteront jusqu'à la fin de l'opération. — P1, nouvelles pinces à griffes qui serviront par des prises successives à renverser l'utérus au dehors, grâce à la section longitudinale de la paroi antérieure. — CP, cul-de-sac péritonéal vesico-utérin visible au-dessous de l'écarteur au moment de son incision.

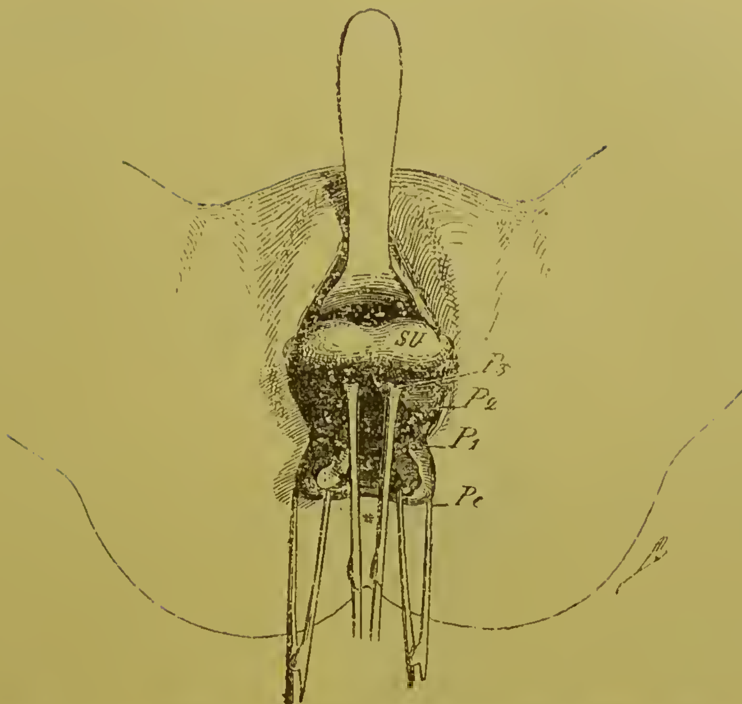


Fig. 35. — Bascule de l'utérus en avant. Son apparition à la vulve. — Pc, pinces fixées sur le col. — P_1 et P_2, tracés des prises de la seconde paire de pinces qui viennent d'être fixées en P_3 sur les lèvres de la section longitudinale antérieure au niveau du fond de la cavité utérine. — SV. sommet de l'utérus apparaissant au dehors.

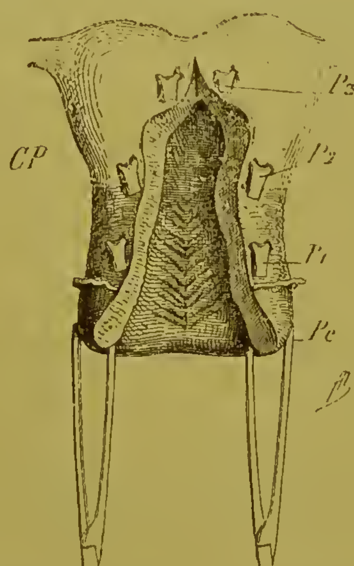


Fig. 36. — Schéma (vu de face) de la section longitudinale d'un utérus moyen qui vient d'être enlevé par le vagin. — Pc, pinces maintenant le col. — P_1, P_2, P_3, prises successives de la seconde paire de pinces. — CP, cul-de-sac péritonéal antérieur.

au-delà de l'ovaire et de la trompe une pince plus petite et on les résèque.

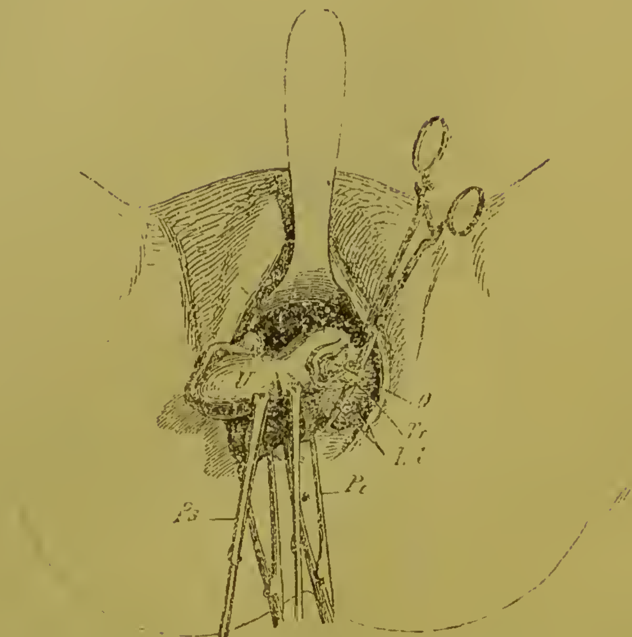


Fig. 37. — Application des pinces à demeure et section des ligaments larges. L'utérus est complètement sorti de la vulve, la trompe et l'ovaire gauche ont été attirés au dehors. Application de la première pince qui est introduite presque verticalement de haut en bas et saisit au-delà des annexes la totalité du ligament large. — U, utérus. — O, ovaire gauche. — Tr, trompe gauche. — Pc, pinces maintenant le col. — LL, ligament large gauche. — Ps, pinces maintenant le sommet de l'utérus.

On adosse avec soin les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur et le vagin est tamponné avec une compresse stérilisée.

Étude détaillée de divers temps opératoires

A. *Position.* — Péan place ses malades dans le *décubitus latéral gauche*, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur s'assied en face de la vulve et fait abaisser ou élever la table d'opération de façon que le siège de la malade soit, l'opérateur étant assis, à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout

entre la jambe droite fléchie et la jambe gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure. Mon maître Pozzi place ordinairement ses malades dans cette attitude. Il est possible qu'on ait plus de jour et que la vessie et le rectum soient plus efficacement protégés; mais cette position nécessite une anesthésie complète qui rende à l'opérée le plus léger mouvement impossible, une très grande habitude et surtout une très grande force physique de la part des aides ; pour peu que ces deux conditions ne soient pas totalement remplies, la malade bascule et le chirurgien se souille fatalement les mains en voulant aider à la replacer dans une bonne attitude.

La *position dorso-sacrée* donne peut-être moins de jour, mais elle possède d'importants avantages. D'abord elle nécessite un moins grand nombre d'aides. Deux suffisent : l'aide du côté droit tient de la main gauche la valve supérieure ou vésicale, de la main droite un écarteur latéral ; l'aide de gauche protège le rectum avec une valve tenue de la main gauche et tient de la main droite l'autre écarteur latéral. Il est préférable de faire tenir les écarteurs latéraux par les mains droites des aides, car la rétraction des parois latérales du vagin exige un effort plus pénible et plus soutenu que la protection de la vessie et du rectum.

Quant aux jambes de la malade elles sont très suffisamment maintenues par les deux mêmes aides de la façon suivante : les cuisses de l'opérée étant fortement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, l'aide du côté droit place la jambe droite sous son aisselle gauche, l'aide du côté gauche la jambe gauche sous son aisselle droite ; une simple pression, une légère tendance de l'aide à prendre point d'appui sur la jambe, qui lui est confiée, suffit à l'immobiliser.

La position dorso-sacrée est, en outre, plus stable que la position latérale. La malade ne se déplace point aussi facilement ; partant le chirurgien est moins exposé à se souiller les mains en remettant le bassin en bonne position, justifiant

ainsi ce qu'on a dit à tort de l'hystérectomie vaginale qu'elle était l'opération des gens sales.

Cependant, comme on ne doit être ni systématique ni absolu, je crois qu'il faut préférer la position dorso-sacrée dans la majorité des cas, et, réserver la position latérale aux cas de suppurations pelviennes graves à utérus enclavé, où en somme l'on a plus besoin de jour que d'antisepsie rigoureuse.

B. *Incision du vagin.* — La plupart des chirurgiens (Segond, Pozzi, etc.) incisent le vagin au bistouri. Doyen (1) emploie les ciseaux, Jacobs (2), suivant en cela la pratique de Sänger, préfère le thermocautère qui supprime le suintement sanguin de la muqueuse vaginale. Mais cette hémorrhagie n'est jamais assez considérable pour que le chirurgien en puisse être gêné : aussi l'instrument tranchant (bistouri ou ciseaux) me paraît préférable au thermocautère.

Le vagin est généralement libéré par une incision circulaire. En avant, l'incision doit passer très bas au-dessous du point de réflexion du cul de sac antérieur sur le col, le plus près possible de l'orifice utérin. C'est le seul moyen d'éviter d'ouvrir la vessie ou de sectionner les uretères. En arrière, au contraire, l'incision doit remonter plus haut sur le col d'au moins 1 centimètre, au niveau du cul de sac de Douglas qu'on ouvre ainsi plus facilement. Il en résulte que la désinsertion du vagin est plutôt faite suivant une incision elliptique que suivant une incision circulaire.

Mon maître Segond complète l'incision classique par deux incisions latérales parallèles à la direction des ligaments larges, dont l'utilité me paraît de la plus haute importance. Chacune de ces incisions libératrices mesure environ 2 centimètres.

Cette incision a le double avantage de donner un jour considérable en avant de l'utérus et une sécurité absolue au point de vue de l'uretère.

(1) E. Doyen. 324 opérations sur l'utérus et les annexes. *Arch. prov. de Chir.*, 1892, p. 509.

(2) Jacobs. De l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1892. T. XXXVIII, p. 123.

Il suffit de jeter les yeux sur la figure 38 pour se rendre compte que le décollement antérieur pratiqué suivant la ligne *a b c d e* est beaucoup plus considérable qu'un décollement limité à la demi-circonférence *b c d*. Cette différence n'est pas simplement théorique ; elle apparaît de la façon la plus nette au cours de l'opération.

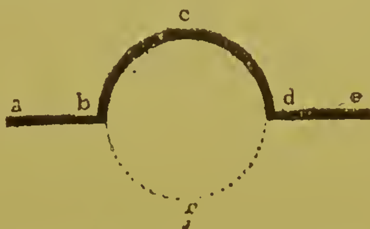


Fig. 38.— Schéma de l'incision de Segond. *b c d f*, incision classique ; *a b* et *d e* incisions libératrices latérales.

L'unique préoccupation d'éviter l'uretère a conduit M. Segond à cette legère modification de l'incision classique ; et, sur près de 400 hystérectomies vaginales pour cancer, fibrômes ou salpingites, il n'a jamais eu à déplorer cet accident, que tous les adversaires de l'hystérectomie représentent comme si fréquent.

Frappé des avantages de cette incision particulière, j'ai voulu vérifier sur le cadavre si réellement elle donnait plus de sûreté au point de vue de l'uretère. Voici comment j'ai procédé :

Le cadavre étant ouvert, j'introduis par une boutonnière faite au niveau de la portion pelvienne de l'uretère une bougie n° 5 de la filière Charrière dans ce conduit et je la pousse jusque dans la vessie. Cette bougie n'est pas assez rigide pour modifier les rapports de l'uretère, mais cependant son calibre est suffisant pour qu'on puisse, par le toucher vaginal, sentir et suivre presque tout le trajet pelvien de l'uretère.

L'utérus étant légèrement abaissé, la distance qui sépare latéralement l'uretère des bords de la matrice est en moyenne de un centimètre et demi. Si l'on abaisse fortement l'utérus on peut vérifier un point bien mis en lumière par M. Ricard (1) : « Quand l'utérus est tiré par en bas, il descend plus vite

(1) Ricard. De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérectomie vaginale. *Sem. Méd.* 1887, N° 5, p. 39.

que ne descend la vessie, il s'enfonce alors entre les uretères et vient s'enclaver entre les deux branches convergentes du conduit urinaire, mais c'est sur un point plus élevé du col que le contact a lieu sur les parties latérales, en sorte qu'on peut inciser sûrement l'insertion du cul-de-sac latéral, mais il en est tout autrement en avant. L'utérus est en contact plus intime avec la terminaison des uretères et cette attitude nouvelle de l'utérus ne peut qu'augmenter le danger ; et, l'on peut dire que, dans le premier temps de l'opération, le chirurgien, en incisant le cul-de-sac antérieur, doit redouter, à un titre égal, de blesser l'uretère par les parties latérales de son incision aussi bien que de blesser la vessie au milieu du cul-de-sac. »

Cette vérification faite, je commence l'hystérectomie vaginale, après avoir préalablement retiré les deux bougies, de façon à n'être guidé par elles ni pour l'incision, ni pour le décollement de la vessie. Le décollement étant poussé jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal, j'introduis de nouveau les deux sondes uretérales et je mets en place l'écarteur destiné à protéger la vessie. Cet écarteur emporte avec lui les uretères loin du champ opératoire. Entre le bord utérin et le conduit urinaire, la zône de ligament large varie suivant qu'on a fait une simple incision circulaire ou l'incision préconisée par mon maître Segond.

Dans le premier cas (incision circulaire simple), la distance entre l'uretère et le bord utérin est d'environ 1 centimètre 1/2. Si donc on a soin de placer, au ras de l'utérus, la pince qui doit hémostasier le segment inférieur du ligament large (pince dont les mors mesurent en moyenne 6 millimètres de large), on voit que l'uretère est hors de cause et ne saurait être pincé.

Si, au contraire, on pratique l'incision de Segond, la distance entre le bord utérin et l'uretère augmente d'au moins 1 centimètre. C'est donc dans un espace de 2 centimètres 1/2 que la pince hémostatique peut manœuvrer sans danger d'étreindre l'uretère dans ses mors.

J'ai fait ces recherches sur huit cadavres ; chez quatre, j'ai fait l'incision classique, chez les quatre autres l'incision de Segond,

et mes résultats, toujours identiques, ont été faciles à constater grâce au cathétérisme préalable des uretères.

Je ne saurais donc trop recommander cette incision, qui a permis à mon maître Segond de ne jamais léser l'uretère, et dont j'ai pu vérifier expérimentalement toute la valeur.

De la boutonnière rétro-utérine. — Il est des cas où le diagnostic de la bilatéralité des lésions étant incertain, il est indispensable de s'assurer de l'état des annexes par la palpation directe. Cette exploration est certainement moins parfaite par une incision vaginale forcément petite que par une incision sus-pubienne qu'on peut agrandir à loisir, mais elle donne toujours des éléments de diagnostic suffisants pour justifier une décision opératoire. Le premier temps de l'hystérectomie vaginale n'est plus alors l'incision circulaire du col, mais l'ouverture du cul-de-sac de Douglas. Mon maître Segond a pour la première fois pratiqué cette incision exploratrice le 20 mars 1891 (Observation 29.) Le 13 janvier 1892, à propos de la communication déjà citée de M. Nélaton, il apporte quatre nouveaux cas où l'incision vaginale exploratrice lui permit de modifier son diagnostic, et, de s'en tenir, dans deux cas, à une simple élytrotomie. J'ai déjà dit plus haut qu'il y avait exagération à commencer toute hystérectomie vaginale par une incision exploratrice, sauf dans le cas où une collection pelvienne bombe franchement dans le cul-de-sac postérieur, car l'évacuation simple de cette collection peut être suffisante et constituer toute l'intervention. Dans la majorité des cas le diagnostic est suffisamment précis, sinon au point de vue anatomique, du moins au point de vue opératoire, ce qui est capital dans l'espèce, pour ne rien modifier dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire l'incision circulaire du vagin.

C. *Pincement des ligaments larges.* — Le pincement hémostatique des ligaments larges est préventif ou consécutif : dans le premier cas, on le fait de *bas en haut*, dans le second cas, de *haut en bas*.

Le pincement *préventif* de *bas en haut* est presque la règle

dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes graves. L'impossibilité de faire basculer l'utérus, la nécessité de le morceller pour ainsi dire *in situ*, ou du moins en l'abaissant peu à peu, sans changer sa direction, obligent à pratiquer l'hémostase préventive et de bas en haut. En effet, à mesure qu'une zône utérine nouvelle apparaît au fond du vagin entre les écarteurs, l'opérateur la libère en pinçant la portion correspondante des ligaments larges qu'il sectionne au ras de la pince. La portion d'utérus ainsi libérée est morcelée et une nouvelle zône apparaît qu'on hémostasie et qu'on résèque de la même façon. On peut être ainsi conduit à placer une quantité considérable de pinces. Doyen s'est donné la puérile satisfaction de rechercher combien Péan avait employé de pinces pour ses hystérectomies vaginales des années 1888 et 1889 et il a même poussé cette facétie jusqu'à faire photographier une vulve d'où émergent vingt-cinq pinces hémostatiques (1). Je doute que ce genre de polémique atteigne le but que s'est proposé son auteur. Les chirurgiens qui pratiquent l'opération de Péan continueront, j'en suis certain, de soigner l'hémostase et n'hésiteront pas à multiplier les pinces à demeure pour parer à toute hémorrhagie. Ce serait, en effet, bien téméraire de partager la confiance de Doyen, quand il écrit : « la crainte illusoire de l'hémorrhagie qui paraît être la préoccupation constante de Péan ne peut que compliquer les opérations les plus simples et en prolonger inutilement la durée » (2).

Cependant je dois faire remarquer que dans certains cas de suppurations pelviennes diffuses où l'utérus est tellement altéré et friable qu'il est arraché par fragments plutôt que morcelé, l'opération peut parfois se terminer avec une ou deux pinces. En faut-il conclure avec M. Terrillon (3) que, dans les cas auxquels je fais allusion, on peut se contenter de déchirer les ligaments

(1) E. Doyen. Traitement chirurgical des inflammations et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. 2e édit. Paris, 1893, p. 121.

(2) E. Doyen. *Ibid.*, p. 122.

(3) O. Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891. T. XVII, p. 612.

larges sans les pincer? Je ne le pense pas, et une pareille pratique, pour être suffisante dans quelques cas, exposerait le plus souvent à de graves dangers.

Dans le cas d'utérus abaissables, le pincement des ligaments larges est le plus souvent *consécutif* et se fait *de haut en bas*. Il en est toujours ainsi dans le procédé de Doyen, où chaque ligament large est hémostasié avec une pince unique, placée, l'extrêmité des mors au ras du col, l'articulation en dehors des annexes. Il en résulte que chaque pince en retombant imprime au ligament correspondant une torsion de 180°.

Dans les procédés de Segond et de Quénu, le pincement des ligaments larges est le plus souvent mixte. Il est *préventif et de bas en haut* pour le segment inférieur du ligament large *consécutif et de haut en bas* pour les deux tiers supérieurs. Cela tient à ce que dans ces procédés l'ablation du col précède toujours celle du corps, d'où la nécessité de pincer préventivement les deux artères utérines. Le corps utérin et ensuite attaqué sur la ligne médiane, soit par section antéro-postérieure, soit par évidement central conoïde : toute hémostase devient ainsi superflue jusqu'au moment où le fond de l'utérus apparaît à la vulve. Les ligaments sont alors pincés de haut en bas et l'utérus est enlevé. Mon maître Segond place rarement des pinces à demeure sur les tranches vaginales ; en cela, il diffère de Péan, qui fait cette hémostase avec le plus grand soin. Il en résulte, ainsi qu'on peut le voir à la lecture de mes 200 observations, que le nombre de pinces laissées à demeure varie entre six et dix.

De quelques modifications du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale

Les deux principales modifications apportées à la technique de l'opération de Péan ont été proposées et appliquées par M. Chaput. Ce sont : le *débridement de la vulve* et le *drainage abdomino-vaginal*.

Débridement de la vulve. — C'est, dit M. Chaput, « *le débridement* (1) *systématique uni ou bilatéral de la vulve*, sauf dans les cas où les dimensions de cet orifice sont énormes. »

Voici comment procède M. Chaput :

« Du côté de la peau, l'incision est représentée par une ligne qui commence en haut à 2 centimètres environ de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion, et, s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres.

« L'incision se prolonge en haut, dans le vagin, à 5 centimètres du bord de la vulve, dans le même plan que l'incision cutanée.

« La section ne doit pas être faite des parties superficielles vers les parties profondes, mais par transfixion, ce qui donne beaucoup de rapidité à l'opération. »

« La transfixion faite, des jets artériels s'élancent de la plaie. De la main gauche, l'opérateur pince la lèvre gauche de la plaie, il réserve sa main droite pour appliquer les pinces hémos tatiques, aussi la compression de la lèvre droite est-elle réservée à un aide placé de ce côté. Avec les pinces hémostatiques, le chirurgien saisit l'angle supérieur de l'incision et les deux angles latéraux (l'aspect des surfaces cruentées est celui d'un losange) ; on étale largement les surfaces saignantes et l'on peut alors pincer un à un tous les vaisseaux qui donnent. »

« L'hémostase terminée, on laisse les pinces en place ; elles gênent peu, on peut les déprimer avec la valve d'un écarteur. On exécute alors l'extirpation de l'utérus, et quand tout est terminé, pansement compris, on procède à la suture du débridement. »

« Pour obtenir un affrontement correct, il faut d'abord placer le fil correspondant aux angles latéraux du losange. Avec une aiguille d'Emmet, on chemine au-dessous des surfaces cruentées et on place un fil d'argent assez fort sur les deux chefs duquel on met une pince hémostatique. On exécute ensuite la suture

(1) Chaput. Du débridement, etc. *Journ. de Méd.*, 1892. N° 5, p. 59 et N° 6, p. 72. — *Congrès français de Chir.*, 1892. 6e session, p. 618. — Mallet. Du débridement de la vulve. *Th. de Paris*, 1892.

vaginale de haut en bas, soit avec l'aiguille d'Emmet, soit avec un Reverdin ou Lamblin courbe. On peut employer des crins de Florence, ou mieux des catguts pour cette suture vaginale. Arrivé au fil d'argent, on le tord et on conserve environ 5 à 6 centimètres des deux chefs qu'on utilisera plus tard pour le pansement. La suture de la portion cutanée se fera avec une aiguille courbe et des crins de Florence. »

« Un tampon de gaze iodoformée, introduit dans le vagin, protège la portion vaginale de la suture. Comme il est difficile de faire tenir un pansement sur la plaie cutanée, un fragment de gaze iodoformée est entouré autour des chefs du fil d'argent auquel on donne une direction verticale. Tous les jours on fait la toilette de la vulve, les fils cutanés sont enlevés au huitième jour, les fils d'argent au quinzième. »

« Quand un débridement unique ne donne pas un jour suffisant, on peut faire un double débridement de chaque côté. On voit alors la région de la fourchette tomber en arrière en donnant au vagin des dimensions extraordinaires. »

« Une vulve sur laquelle on a fait le double débridement présente un diamètre considérable (10 à 15 centimètres d'avant en arrière et transversalement.) »

Si je me reporte aux nombreuses hystérectomies vaginales que j'ai vu pratiquer par mes maîtres Segond et Pozzi sans que jamais ils aient eu besoin de débrider la vulve, j'estime que M. Chaput exagère la nécessité d'une manœuvre peut-être bonne en soi, mais en tous cas, d'une indication exceptionnelle.

Cette exagération paraît plus nette encore à la lecture des six observations d'hystérectomie pour lésions inflammatoires des annexes, dont M. Chaput appuie ses conclusions.

Dans l'observation II, la trompe gauche a le volume de l'index, la trompe droite celui d'un porte-plume. Dans l'observation IV, les annexes gauches ont le volume d'un œuf, les annexes droites ne sont enlevées qu'en partie, et cela malgré *un double débridement vulvaire*. Dans l'observation VI, les annexes ont le volume

d'un œuf. Etait-il bien nécessaire d'ouvrir une si large voie pour faire passer de si petites tumeurs ?

Est-ce bien d'ailleurs au niveau de la vulve dont on fait un peu ce qu'on veut avec les écarteurs, que le chirurgien est gêné dans ses manœuvres de morcellement, n'est-ce pas plutôt au fond du vagin, là où l'utérus vient peu à peu s'enfoncer comme un coin dans une boutonnière plus difficilement dilatable. Enfin l'extirpation des annexes est-elle facilitée par l'agrandissement de la vulve ? Nullement, puisque sur six observations, M. Chaput les a laissées 2 fois en totalité (Observations I et III) et 1 fois en partie (Observation IV).

Drainage abdomino-vaginal (1). — Immédiatement avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale, on fait avec les précautions convenables, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis, une petite incision médiane qui ouvre le péritoine sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Chaque lèvre du péritoine est prise dans une pince hémostatique afin de pouvoir retrouver l'orifice plus tard.

Un pansement provisoire est alors appliqué sur cette incision et on pratique l'hystérectomie vaginale. Celle-ci terminée, on introduit avec une pince un gros tube en caoutchouc jusque dans le vagin où on l'attire avec une autre pince venue à sa rencontre. Ce drain est fixé au-dessus de la paroi abdominale par une épingle anglaise et dans le vagin par deux pinces longuettes. Par ce tube, qui est laissé en place de 8 à 10 jours, on pratique, dès le jour même de l'opération, des lavages de haut en bas avec de l'eau bouillie. C'est, dit M. Chaput, le seul traitement rationnel des suites de l'hystérectomie vaginale. Les avantages de cette méthode sont d'éviter l'intoxication iodoformée, la stagnation des liquides et les poussées fébriles. M. Chaput a pu ainsi, sur six cas, n'avoir qu'une seule fois des phénomènes fébriles.

Le débridement vulvaire et le drainage abdomino-vaginal

(1) Chaput. Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal. *Sem. méd.*, 1892, p. 347.

ont trouvé peu de partisans. M. Richelot les qualifie de « brutalités inutiles (1) ». Mon maître Segond estime « qu'on peut très bien se passer du débridement quand on fait du vrai morcellement. Pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode de Péan ». Il repousse formellement le drainage abdomino-vaginal comme excessif et parfaitement inutile ; « les suites habituelles de l'hystérectomie vaginale ne légitiment en aucune manière cette pratique (2) ». Mon maître Picqué estime, avec raison, que chaque fois qu'une tumeur utérine est justifiable de l'intervention vaginale, elle est toujours opérable sans débridement, quelle que soit la disproportion entre le volume de la tumeur et l'étroitesse de la vulve, (3) lorsqu'on sait faire le morcellement.

Ce qu'on peut reprocher à M. Chaput, c'est, de pratiquer systématiquement une chirurgie d'exception. Ramenés à leurs indications rationnelles, le débridement vulvaire et le drainage abdomino-vaginal peuvent rendre quelques services. C'est ainsi que le drainage abdomino-vaginal trouve une indication toutes les fois qu'il existe préalablement un orifice fistuleux sus-pubien ou sus-inguinal. Mon maître Segond ne manque jamais dans ces cas de placer par l'orifice de la fistule un drain qui vient ressortir dans le vagin. C'est, selon lui, la seule et unique indication du drainage abdomino-vaginal, et encore, à la condition formelle de ne pratiquer par ce drain aucune injection avant le troisième jour au moins. Je reviendrai plus loin sur les dangers des injections précoces dans les cas où le péritoine a été largement ouvert au cours de l'opération.

Quant au débridement, il trouve peut-être son application

(1) G. Richelot. Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Arch. gén. de Méd.* Juillet 1893. Vol. 11, p. 38.

(2) P. Segond. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles 1894. (Note de la page 62).

(3) Picqué. *Congrès franç. de chirurgie,* 1892 (6e session), p. 626.

chez les vierges atteintes de volumineux fibrômes. Dans les cas de lésions annexielles la simple dilatation de l'orifice hyménéal suffit le plus souvent à donner au champ opératoire des dimensions suffisantes.

De la résection partielle de l'utérus. — L'hystérectomie incomplète ou résection partielle de l'utérus, proposée par Th. Landau (1), ne saurait être une méthode recommandable. C'est à tort que dans les cas de suppurations pelviennes graves, son auteur en a voulu faire une opération rivale du morcellement de Péan. «Dans de tels cas, dit-il, il ne faut pas songer à l'hystérectomie par crainte d'avoir une hémorrhagie ou de léser les uretères, l'intestin ou la vessie. Il faut se contenter de réséquer la matrice juste assez pour assurer entre les collections purulentes et le vagin une large communication.» Contrairement à l'opinion de Landau, j'estime que l'hémorrhagie, la blessure de l'uretère, de la vessie et de l'intestin sont plus à redouter par son procédé que dans l'opération de Péan. En effet, en conservant de parti pris, une portion de l'utérus fixé au milieu des adhérences, Landau se condamne à opérer sur un organe qui ne descend point, au fond du vagin, sans y voir. Rien de semblable avec le morcellement : l'utérus diminué de volume descend graduellement sous la traction des pinces et l'opérateur ne fait pas une manœuvre qui ne soit contrôlée par la vue. Les deux observations qui accompagnent le mémoire de Landau ne sont d'ailleurs guère faites pour entraîner la conviction. Dans la première, la malade a une hémorrhagie abondante, par son moignon utérin, le 14e jour, et, conserve une fistule purulente. La seconde malade guérit ; mais trois semaines après la résection de l'utérus, on est obligé d'ouvrir une poche purulente passée inaperçue derrière le fond de l'utérus, lors de la première intervention.

L'abandon d'une poche purulente, voilà, en effet, le grand écueil de l'hystérectomie incomplète. Presque toujours la corne

(1) Th. Landau. Zur Behandlung der chronischen Beckeneiterungen. Die Resektion des Uterus. *Centr. f. gyn.* 1892, N° 35, p. 689. — Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken. *Berl. Klin. Woch.*, 1892, N° 38.

utérine qu'on est obligé de laisser, ferme comme un bouchon, une collection intra-péritonéale qui deviendra, comme dans l'observation 13, le point de départ d'accidents infectieux mortels.

Choix d'un procédé

Trois cas peuvent se présenter au chirurgien qui pratique l'opération de Péan. Ou bien l'utérus *descend facilement* jusqu'à la vulve, ou il *descend péniblement*, ou il *ne descend pas du tout* et reste fixé au milieu des adhérences au fond du vagin. Le degré de mobilité de l'utérus doit servir de base au choix du procédé opératoire.

a) Si *l'utérus s'abaisse*, tous les procédés que je viens d'énumérer sont applicables, mais les plus simples sont les meilleurs et par conséquent il faut donner la préférence au procédé de Doyen. L'hémisection antérieure fait merveille dans ces cas; elle permet de terminer, en 10 minutes, l'extirpation totale de l'utérus et des annexes, je dis des annexes, car dans les cas d'utérus très-abaissable, trompes et ovaires peu adhérents sont entraînés avec le fond de l'utérus au moment où il bascule dans le cul-de-sac antérieur. Dans de tels cas, le morcellement est superflu. Je crois cependant très-prudent de commencer par pincer les artères utérines et par réséquer le col. Mon maître Segond n'y manque jamais quand il emploie le procédé de Doyen, ni M. Quénu (1) quand il pratique l'hémisection antéro-postérieure.

b) L'utérus est-il *volumineux*, *adhérent* ou *difficilement abaissable*? Il faut à la manière de Segond amputer le col d'abord, et procéder ensuite à l'ablation du corps, soit par bascule antérieure, après hémisection ou évidement conoïde de la paroi utérine antérieure, soit par bascule postérieure, après manœuvre analogue sur la paroi utérine postérieure.

c) L'utérus est-il *absolument enclavé?* Deux manœuvres seu-

(1) Quénu. In Malapert. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Th. de Paris*, 1893, p. 75.

lement sont praticables : l'évidement et les résections transversales, et vraiment dans ces cas il faut se garder d'une règle fixe. C'est par petits fragments qu'on enlève l'utérus : l'organe descend lentement et le champ opératoire est limité à des zônes restreintes de tissu utérin. L'opérateur doit s'ingénier à combiner toutes les manœuvres, tantôt procédant par étapes, tantôt par évidement. Comme la bascule de l'utérus est le plus ordinairement impossible, il faut qu'il sache, suivant les circonstances, s'attaquer tour à tour à la paroi antérieure et à la paroi postérieure pour réduire l'utérus à ses deux cornes qu'il extrait successivement. Dans tous les cas, l'abandon du fond de la matrice ne doit être qu'une ressource exceptionnelle, mais, en aucune manière, une méthode recommandable.

A côté de ces grandes lignes, capables de guider dans le choix d'un procédé, il est juste de tenir compte des préférences spéciales, de l'éducation particulière du chirurgien. A ce double point de vue, l'énoncé d'une règle fixe serait inutile ou superflue.

Pansement et soins consécutifs

Si l'opération a été aseptique, il est inutile d'irriguer la région opératoire, même avec de l'eau bouillie, parce que le péritoine est toujours, dans ces cas, largement ouvert. Une simple toilette avec des éponges antiseptiques suffit.

Si, au contraire, le pus a coulé, il faut laver avec une solution antiseptique faible (sublimé au 1/4000e). Cette irrigation doit être faite avec douceur, surtout si la cavité péritonéale est béante. L'excès de liquide est abstergé avec des éponges et l'on procède au pansement. Tout d'abord, le chirurgien réunit en deux faisceaux, droit et gauche, les pinces hémostatiques de chaque ligament large, et s'assure que l'hémostase est parfaite. Le pansement se compose de longues et larges lanières de gaze iodoformée, ou

simplement stérilisées si l'opération a été aseptique, dont les extrémités sont portées au delà des mors des pinces, au contact de l'intestin ou des cavités évacuées, puis tassées. Deux ou trois lanières sont ordinairement suffisantes.

Pendant quelque temps, mon maître Segond a remplacé la gaze iodoformée par des éponges antiseptiques fortement chargées d'iodoforme, suivant la pratique de Péan. Ces éponges, solidement attachées par de fortes soies, étaient portées au delà des mors des pinces où elles formaient un pansement très dense. M. Segond a renoncé à ce mode de pansement à cause de la douleur violente occasionnée par l'ablation de ces éponges. Il peut être très avantageux, dans certains cas de suintement sanguin en nappe, de faire le pansement avec un sac de Mickulicz qu'on bourre ensuite de lanières. J'ai vu plusieurs fois mon maître Pozzi agir ainsi avec succès.

Les branches des pinces sont entourées de coton hydrophile ou de compresses stérilisées et la malade est reportée dans un lit garni de boules d'eau chaude. Elle doit être placée le siège un peu élevé, les pinces reposant sur une alèze pliée en quatre, les genoux demi fléchis soutenus par un coussin.

Quoique Doyen prétende qu'après l'hystérectomie par son procédé les malades urinent toujours seules, il est préférable, de les affliger, suivant son expression, pendant 48 heures d'une sonde à demeure. On évite ainsi qu'elles n'urinent dans les pinces et ne souillent leur pansement et leur lit. La crainte de la cystite est absolument chimérique, à la condition de mettre une sonde préalablement aseptisée. Pour ma part, je n'ai jamais observé de cystite chez les opérées de mon maître Segond, et, j'ai pu constater, pendant une année d'internat chez mon maître le professeur Guyon, que la sonde à demeure aseptique n'occasionne jamais d'accidents. M. Segond se sert de l'excellente sonde à demeure imaginée par le docteur de Pezzer.

Les opérées ne prennent rien pendant les quatre ou cinq heures qui suivent l'opération; ce n'est que vers les six heures du soir, qu'elles commencent à boire, par petites cuillerées, du

champagne glacé. Le champagne et le grog sont seuls donnés jusqu'après l'ablation des pinces : à ce moment, les vomissements cessent ou diminuent d'une façon notable, et, les malades peuvent supporter du lait coupé d'eau de Vichy ou du bouillon froid ; si l'estomac est tolérant, on les alimente à partir du 5me jour.

Systématiquement M. Segond fait placer le soir de l'opération une vessie de glace en permanence sur le ventre. Cette pratique, qui peut paraître surannée, n'a sans doute pas le privilège d'enrayer une infection péritonéale, mais elle calme beaucoup les coliques intestinales si pénibles chez les opérées d'hystérectomie. La glace est laissée en place de 4 à 6 jours. Je n'ai vu qu'une seule fois (obs. 25) la glace occasionner un accident sans gravité, une escharre au niveau de la paroi abdominale.

A toutes les opérées il est fait, au moins une fois par jour, pendant les 3 ou 4 premiers jours, une injection hypodermique de 10 grammes de sérum artificiel (1). Cette dose peut être portée à 100 et 150 grammes par jour si la malade a perdu beaucoup de sang au cours de l'opération. Les douleurs sont calmées avec des piqûres de morphine, données en petites doses, toutes les six heures.

On prescrit généralement un lavement composé de une partie de glycérine pour deux parties de vin, comme le conseille M. Pozzi, le soir du 3e jour, quelques heures après l'ablation des pinces. Les lanières ne sont guère laissées plus de 4 jours. Six heures au moins après leur ablation. on institue des injections vaginales, à faible pression, avec une solution phéniquée à 1 o/o. Une précaution que je ne saurai trop recommander, c'est de ne pas faire d'injection immédiatement après l'ablation des lanières. J'ai observé à la suite d'injections ainsi faites, des crises

(1) Le sérum dont se sert M. Segond est préparé suivant la formule du docteur J. Chéron : (*Introduction à l'Etude des Lois générales de l'hypodermie*. Paris, Société d'Editions scientifiques, p. 42).

Eau stérilisée	100 gr.
Phosphate de soude	8 »
Sulfate de soude	4 »
Chlorure de sodium	2 »
Acide phénique.	1 »

douloureuses violentes, même une syncope mortelle chez une opérée de fibrôme. Aussi, est-il d'usage, dans le serviee de mon maître Segond, de laisser s'écouler au moins 6 heures entre l'ablation des mèches de gaze et la première injection.

Les malades commencent à s'asseoir dans leur lit vers le 8e jour, elles se lèvent du 18e au 21e jour. Jaeobs, de Bruxelles, fait lever ses hystérectomisées le 4e ou le 5e jour. Il prétend n'avoir jamais eu d'aceidents. Je erois eependant préférable de laisser plus longtemps les malades au lit : elles ne peuvent qu'y gagner.

Je ne pense pas qu'il soit bien utile de pratiquer des examens au spéculum, pendant les premiers jours, en eas d'élévation de la température, pour retirer quelques débris sphaeélés de ligaments larges, eomme le eonseille Lafoureade. Les injeetions suffisent toujours à amener la ehute rapide de la température. Si l'élévation thermique persiste sans réaetion péritonéale, un toueher vaginal prudent permet de constater si l'évaeuation se fait suffisamment par la plaie vaginale, de l'élargir un peu si c'est nécessaire, de vider même un abcès eolleeté (Observations 2.58). Jamais je n'ai observé les aecidents septieémiques dont M. Terrillon a entretenu la Société de chirurgie et qui ont vraisemblablement inspiré à M. Chaput son drainage abdomino-vaginal.

Dans les eas non suppurés, les injections vaginales sont elaires au bout de peu de temps, 10 à 15 jours, et tout éeoulement cesse vers le 20e jour. Au contraire, dans les cas d'hystéreetomie purement évacuatriee, l'éeoulement purulent persiste plus longtemps, mais rarement plusieurs mois, à moins qu'il ne soit entretenu par une fistule recto-vaginale (Observation ,77).

Les lèvres de la plaie vaginale s'adossent et la cicatrisation se fait. Pendant quelque temps, les bords de la cicatrice restent un peu indurés ; puis ils s'assouplissent et le vagin donne au toueher la sensation d'un doigt de gant. Au spéculum on aperçoit une eicatrice non pas froncée, mais linéaire, à peine visible.

Il est prudent de conseiller aux malades d'attendre la cieatrisation complète pour reprendre les relations sexuelles.

CHAPITRE III

Suites et résultats de l'opération de Péan

Suites immédiates. — Les malades opérées d'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes présentent deux tableaux post-opératoires assez différents. D'une façon générale, on peut dire qu'elles ont une réaction douloureuse d'autant plus vive qu'elles sont opérées pour de plus petites lésions.

En effet, les grandes suppurées, dont le péritoine est rarement ouvert, ont une réaction insignifiante ou nulle. La température tombe dès le soir, le pouls reste ce qu'il était avant l'intervention, rarement il devient un peu plus fréquent. Ces malades souffrent peu des pinces ; elles accusent plutôt un soulagement déjà appréciable. Sauf les vomissements du chloroforme, elles ont peu ou point de vomissements.

Au contraire, les malades opérées pour de petites lésions, chez lesquelles le péritoine est toujours ouvert, ont une réaction plus vive. Le pouls peut s'élever, pendant les deux premiers jours, à 120, même 140, sans que ce symptôme soit inquiétant, s'il est unique, sans élévation de température, sans ballonnement du ventre. Les vomissements sont généralement fréquents et les pinces provoquent de vives douleurs à irradiations lombaires très pénibles. Il est indispensable de combattre cet état par les injections de morphine. De très petites doses répétées toutes les six heures m'ont toujours paru avoir plus d'efficacité que des doses plus fortes données à de plus longs intervalles.

La sonde à demeure est enlevée en même temps que les pinces, au bout de 48 heures.

L'ablation des pinces nécessite de grandes précautions, si l'on veut éviter de faire souffrir la malade ou de provoquer une hémorrhagie. Il faut les déclancher sans secousses, et les retirer lentement, en leur imprimant de légers mouvements de latéralité.

Aussitôt les pinces enlevées, le tableau change. Les douleurs cessent, les vomissements se calment, le pouls redevient normal. Un lavement composé de une partie de glycérine pour deux parties de vin, donné systématiquement quelques heures après l'ablation des pinces, provoque une évacuation de matières et de gaz qui complète le soulagement des malades.

Les modifications du pouls et de la température, pour être beaucoup moins fréquentes qu'on l'a prétendu, méritent cependant d'être étudiées avec quelques détails.

De la température. — Sur 186 malades guéries opératoirement, la température est restée normale dans 158 cas. Les 28 opérées, chez lesquelles la température s'est élevée au-dessus de la normale, comprennent 23 malades atteintes de lésions suppurées et 5 atteintes de lésions non suppurées.

a. Malades atteintes de lésions suppurées

15 malades ont présenté une seule élévation thermique :

Obs.	1,	38°4	le soir du	6e	jour.
Obs.	2,	39°6	»	25e	»
Obs.	6,	38°5	»	3e	»
Obs.	7,	38°5	»	6e	»
Obs.	51,	40°	»	3e	»
Obs.	61,	39°2	»	8e	»
Obs.	77,	39°5	»	3e	»
Obs.	104,	38°6	»	6e	»
Obs.	114,	38°4	»	4e	»
Obs.	148,	38°5	»	19e	»

Obs. 155, 39°3 le soir du 1er jour.
Obs. 171, 38°6 » 5e »
Obs. 177, 39° » 4e »
Obs. 180, 38°4 » 4e »
Obs. 197, 40° » 14e »

8 malades ont présenté pendant plusieurs jours une élévation thermique :

Obs. 111, 38°5 les soirs des 5e et 6e jours.
Obs. 117, 38°4 » 3e, 4e et 5e jours.
Obs. 120, 39°4 » 1er, 2e et 3e »
Obs. 122, 39°6 » 2e, 3e, 4e, 5e, 6e et 7e jours.
Obs. 156, 38°6 » 6e et 7e jours.
Obs. 175, 38°2 » 7e au 14e »
Obs. 181, 38°5 » 5e et 6e »
Obs. 191, 38°2 » 1er au 15e »

b. Malades atteintes de lésions non suppurées

3 malades ont présenté une seule élévation thermique :

Obs. 18, 39°6 le soir du 3e jour.
Obs. 33, 38°6 » 3e »
Obs. 147, 38°4 » 2e »

2 malades ont présenté une élévation thermique pendant plusieurs jours :

Obs. 27, 38°4 les soirs des 7e 8e 9e et 10e jours.
Obs. 39, 38°5 » 4e 5e et 6e »

Dans les 15 cas où l'élévation thermique s'est manifestée une seule fois au cours des huit premiers jours après l'opération, elle a été 14 fois l'indice d'une infection légère ; 1 fois (obs. 51) la conséquence de l'oubli des pinces pendant 72 heures. Toujours, elle a cédé à une injection antiseptique prolongée. 3 fois (obs. 2, 148, 197) elle s'est produite les 15e, 19e et 14e jours sous

l'influence d'un abcès par rétention qu'il a suffi d'évacuer avec le doigt.

Les 10 cas d'ascension thermique prolongée ont reconnu pour cause : 5 fois une congestion pulmonaire (obs. 111, 156, 175, 191) ; 1 fois des phénomènes urémiques (obs. 120) ; 1 fois l'oubli des pinces pendant 72 heures (obs. 39) ; 3 fois la résorption de produits septiques (obs. 117, 122, 181).

Du pouls. — J'ai noté 19 fois une accélération du pouls à 120 et au delà.

13 fois après hystérectomie pour suppuration pelvienne (obs. 1, 3, 6, 7, 31, 38, 53, 55, 60, 122, 175, 177, 181).

6 fois après hystérectomie pour lésions non suppurées. (obs. 5, 27, 28, 29, 39, 56).

9 fois, c'est-à-dire presque dans la moitié des cas, l'accélération du pouls s'est produite, la température demeurant normale (obs. 3, 5, 28, 29, 38, 53, 55, 56, 60).

Ces modifications du pouls indépendantes de toute élévation thermique sont fort probablement d'ordre purement réflexe. Ce qui semble l'indiquer, c'est que, dans les cas auxquels je fais allusion, le pouls se ralentit immédiatement après l'ablation des pinces.

Complications opératoires

Friabilité de l'utérus. — La friabilité du muscle utérin constitue une des complications les plus sérieuses de l'opération de Péan, et, Lafourcade (1) a eu raison d'en signaler l'importance. On l'observe d'une façon constante dans les suppurations péri-utérines anciennes, à utérus immobile et enclavé, dans ces cas précisément, où des tractions énergiques sur les pinces à préhension semblent indispensables pour énucléer la matrice du milieu des fausses membranes et des collections purulentes. Mais, là surtout, les

(1) LAFOURCADE. *Loc. cit.* p. 56.

tractions doivent être douces et modérées, il faut maintenir l'utérus, ne jamais l'attirer à soi. Comme je l'ai dit plus haut, on chemine lentement, pas à pas, se contentant de morceler, soit aux ciseaux, soit au bistouri, des fragments petits de tissu utérin, même quand une bonne prise semble autoriser à réséquer un morceau plus important.

La friabilité de l'utérus acquiert son plus haut degré immédiatement après les couches. Elle s'étend à tous les tissus pelviens qui se déchirent et s'écrasent, à l'envi, sous les pinces. L'hystérectomie devient alors une opération horriblement difficile et dangereuse, elle ne s'achève guère qu'au prix de déchirures viscérales graves (obs. 32, 122) et son pronostic est des plus sombres (obs. 32. Cas de Broca) (1). Aussi, j'estime que, en règle générale, il ne faut jamais recourir à l'opération de Péan dans les infections puerpérales récentes et lui préférer le drainage des collections purulentes, soit par le vagin soit par la voie sus-pubienne.

Blessure de l'uretère. — Cette complication a été, pendant de longues années, le point noir de l'hystérectomie vaginale. Aujourd'hui encore, elle est un des arguments favoris des laparotomistes contre l'opération de Péan.

La *section* sera toujours évitée si l'on se rappelle les intéressantes recherches de Ricard et si l'on fait l'incision antérieure de la muqueuse vaginale le plus près possible de l'orifice cervical, loin du point de réflexion du cul-de-sac antérieur sur le col.

Le *pincement* n'est possible qu'au début même de l'opération, au moment de la mise en place des premières pinces hémostatiques sur les artères utérines. Là encore, l'accident peut être évité, si l'on se conforme aux règles opératoires si bien établies par Péan et Segond. Qu'on fasse une incision circulaire simple, ou l'incision de Segond dont j'ai essayé de démontrer les avantages, il ne faut jamais placer une pince, sans avoir soigneusement décollé la vessie, qu'on rétracte avec un écarteur court, mais large ; il faut surtout poser cette pince au ras du tissu utérin. Généralement, la fistule

(1) A. Broca. *Congrès franç. de Chir.*, 7e *session*, Paris 1893, p. 574.

urétérale se manifeste moins rapidement que la fistule vésico-vaginale, et, c'est du 4e au 6e jour, que les malades s'aperçoivent qu'elles sont mouillées. On a signalé des fistules urétérales tardives apparaissant seulement vers le 8e, le 10e jour; peut-être ces fistules tardives sont-elles dues à un pincement incomplet du conduit dont les parois n'ont été étreintes qu'en partie entre les mors de la pince ; l'uretère reste suffisamment perméable et la fistule n'apparaît qu'à la chute de l'eschare.

Le pincement des deux uretères est une complication presque fatalement mortelle.

Il est bien difficile d'oblitérer par une suture ou une autoplastie vaginale une fistule urétérale chez les femmes hystérectomisées, car avec l'utérus et ses ligaments larges disparaissent les points de repères les plus importants pour cette délicate opération. Aussi est-il presque toujours nécessaire de recourir à la néphrectomie pour guérir les malades de leur triste infirmité (1). Cependant on doit auparavant s'assurer par le cathétérisme de l'imperméabilité du bout vésical et de l'impossibilité de tenter une réparation autoplastique. L'abouchement de l'uretère dans la vessie (2), malgré les difficultés que présente cette délicate opération, sera toujours préférée à l'extirpation. Quant à l'anastomose de ce conduit avec le rectum, malgré le succès immédiat (3) qu'elle peut donner, elle me semble créer de tels dangers d'infection (4), qu'il vaut peut-être mieux pratiquer d'emblée la néphrectomie.

Blessure de la vessie. — La vessie a été ouverte 5 fois sur mes 200 cas (obs. 5, 22, 107, 135, 196), 4 fois il s'agissait de cas simples, d'utérus mobile. Dans un seul cas (obs. 107), on eut affaire à un utérus enclavé et la vessie dut être décollée au fond du vagin, à l'aide d'un écarteur contre-coudé. Aucune de ces fistules ne s'est fermée spontanément. Les malades des observations 5 et 22 ont guéri

(1) Picqué. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1893, T. XIX, p. 429.

(2) Bazy. De l'urétéro-cystonéostomie. *Bull. Acad. de Méd.* 1893, t. XXX, p. 582.

(3) Chaput. (Rapport de Bazy). *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1893, t. XIX, p. 309.

(4) H. Morestin. *Bull. de la Soc. Anat.* 1892, p. 796.

après une seule opération ; celles des observations 107 et 135 après deux opérations. La malade de l'observation 196, hystérectomisée depuis le 3 février 1894, doit rentrer dans quelques jours à l'hôpital pour y être opérée.

Blessure de l'intestin. — L'intestin peut être lésé soit au niveau du rectum, soit au niveau de sa portion grêle.

Les blessures du rectum sont de beaucoup les plus fréquentes et j'en ai relevé 9 cas parmi mes 200 observations. 4 fois seulement la perforation a été faite par le chirurgien (obs. 32, 61, 108, 122). 5 fois il existait préalablement des lésions du rectum; 1 fois un rétrécissement syphilitique avec altération considérable des parois, (obs. 38), 4 fois des communications anciennes de l'abcès pelvien et du rectum (obs. 9, 12, 45, 77). 4 malades ont succombé dans les trois jours qui ont suivi l'opération (obs. 12, 32, 45, 108), 1 est morte de tuberculose pulmonaire au bout de 7 mois, perdant encore des matières par le vagin (obs. 77). Trois malades ont vu leur fistule se fermer spontanément au bout de 12 jours (obs. 61), de 3 mois (obs. 38), de 15 mois (obs. 9). Une malade n'a pu être retrouvée (obs. 122).

L'intestin grêle a été lésé 2 fois (obs. 155 et 165). Dans les deux cas, l'accident s'est produit parce qu'on a voulu s'acharner sur des adhérences inextricables et chercher à saisir à l'aveugle, avec des pinces à cadre, des débris d'annexes au fond du vagin. Cet accident ne doit donc jamais arriver, si l'on se conforme à ce précepte fondamental de l'opération de Péan, de ne rien faire qui ne soit contrôlé par la vue. Une des malades a guéri spontanément au bout de 6 semaines (obs. 165). Chez l'autre, la fistule persistait, laissant passer des gaz et suinter quelques gouttelettes de liquide, et, M. Segond se proposait de fermer le trajet par une suture vaginale, quand la malade en pleine santé fut prise de symptômes d'occlusion intestinale et succomba le 11 mai 1894.

Des hémorrhagies. — Si l'on en croit certains adversaires de l'hystérectomie, M. Chaput, par exemple, il n'existerait que deux causes de mort de l'hystérectomie vaginale, la septicémie et l'hémor-

rhagie. L'on verra plus loin ce qu'il faut penser du premier chef d'accusation qui a inspiré à M. Chaput le drainage abdomino-vaginal. Quant à l'hémorrhagie, ses dangers et sa fréquence ont été singulièrement exagérés. Je n'ai pas un seul cas de mort par hémorrhagie, dans mes 200 observations ; j'y relève seulement 8 hémorrhagies importantes, s'étant produites à des moments divers. Une seule a eu lieu au cours même de l'opération et a été presque immédiatement arrêtée par unepince (obs. 124), 5 sont survenues dans les quelques heures qui ont suivi l'hystérectomie (obs. 31, 58, 73, 119, 134) ; ces hémorrhagies ont toujours cédé à un tamponnement vaginal bien fait.

Aucune malade, je le répète, n'a succombé, et toutes se sont relevées rapidement, grâce à l'injection sous-cutanée de 100 à 200 grammes de sérum artificiel en 24 heures.

Une seule malade (obs. 105), a eu, au moment de l'ablation des pinces, une hémorrhagie sérieuse qui fut arrêtée par le tamponnement. Une hémorrhagie tardive, au 7e jour, s'est produite chez la malade de l'observation 125.

Eschare sacrée.— Une complication peu fréquente, puisque je ne l'ai observée que 6 fois (obs. 3, 37, 113, 122, 147, 155), mais très intéressante, c'est la production d'une eschare sacrée latérale, véritable décubitus acutus, dans les 5 premiers jours qui suivent l'hystérectomie. Je ne l'ai trouvée signalée nulle part, en tant que trouble trophique consécutif aux opérations pelviennes. Cependant cette complication est notée, mais sans commentaires, dans un certain nombre d'observations d'hystérectomies vaginales pour cancer. C'est ainsi que dans 18 observations de M. Terrier, il en est fait 4 fois mention (1). L'eschare sacrée s'installe parfois d'une façon insidieuse, mais elle peut être annoncée par une sensation pénible de chaleur, de cuisson, que le contact du lit exaspère encore et dont les premiers signes se montrent vers le 3e ou le 4e jour après l'opération. Déjà, l'on peut constater à la région sacrée, une plaque

(1) F. Terrier et H. Hartmann. Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus. *Revue de Chir.* 1892, p. 295.

d'un rouge vif atteignant presque les dimensions de la paume de la main. Généralement en moins de douze heures l'eschare est constituée.

Cette eschare sacrée est fort probablement un trouble trophique dont la cause réside dans une irritation du plexus sacré, soit par pincement, soit par arrachement. « En effet, comme le dit Charcot (1), il est permis de supposer que les irritations pathologiques développées sur un nerf sensitif soit à son origine centrale, soit sur un point de son trajet, retentissant dans la direction centrifuge jusqu'à l'extrémité terminale des filets nerveux, c'est-à-dire dans les papilles du derme ou encore dans l'épaisseur du réseau muqueux, pourront, dans certains cas, provoquer là un travail phlegmasique. »

Cette pathogénie me semble de beaucoup préférable à celle qui chercherait à expliquer l'eschare sacrée par la compression, qu'on incrimine le séjour prolongé au lit avant l'opération, ou la position dorso-sacrée sur la table opératoire. S'il en était ainsi, on devrait l'observer chez les malades depuis longtemps alitées ou chez celles dont l'opération a été longue et laborieuse. Or, rien de semblable ; sauf la malade de l'observation 122, les 5 autres ne gardaient point le lit ; l'opération a duré 20 minutes chez la malade de l'observation 37, 30 minutes chez les deux malades des observations 113 et 147, 35 minutes chez la malade de l'observation 3, 40 minutes chez celle de l'observation 155, enfin 1 heure chez celle de l'observation 122. La compression ne saurait donc expliquer la complication dont je viens d'esquisser les grands traits. Je l'ai d'ailleurs observée deux fois, à la suite de laparotomies pour pyosalpinx adhérent (1 cas de Pozzi et 1 cas de Segond), une fois après ischio-pubiotomie dans le service de mon maître, le Professeur Pinard. Au Congrès de chirurgie de 1892, Leprévost avait signalé sa fréquence après l'opération de Kraske (2).

L'eschare sacrée consécutive à l'opération de Péan est donc un

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux, 1880, t. 1, p. 150.
(2) Leprévost (du Hâvre). *Congrès franç. de Chirurgie.* 1892. Paris 6e session, p. 52.

trouble trophique absolument comparable dans son évolution au décubitus acutus d'origine spinale. Cette opinion a été nettement formulée par M. le Dr Babinski, auquel fut montrée la malade de l'observation 37.

Cette complication, fort gênante et douloureuse pour les opérées, est d'un pronostic bénin. La cicatrisation se fait généralement en trois ou quatre semaines.

Occlusion intestinale. — Enfin, il est une complication, fort rare puisque je ne l'ai rencontrée qu'une seule fois, dont je dois parler à cause de sa très grande gravité. C'est l'occlusion intestinale à laquelle a failli succomber la malade de l'observation 190. W. E. Ashton, dans un mémoire important (1), en a réuni 8 cas par adhérences de l'intestin aux lèvres vaginales. Le traitement de cette complication dont le diagnostic avec la péritonite est facile, doit toujours être l'anus contre nature. Il est pourtant bien séduisant de faire la laparotomie puisque le siège de l'obstruction est connu. J'ai cédé une fois à cette considération, chez une malade hystérectomisée pour cancer, à laquelle mon maître Segond m'avait conseillé de faire simplement un anus contre nature. Malgré une laparotomie de quinze minutes, avec libération facile de l'anse étranglée, la malade succomba le soir même. Il est probable que ce décès ne serait pas survenu, si je m'étais contenté de pratiquer l'anus iliaque qui a donné un si beau résultat chez la malade de l'observation 190.

Résultats immédiats

Les 200 hystérectomies vaginales pour lésions bilatérales des annexes qui font la base de ce mémoire, ont donné 14 morts opératoires, soit en bloc une mortalité de 7 %. Ce serait se faire une fausse idée de l'opération de Péan, que d'en apprécier la

(1) W. E. Ashton. — The pathology of intestinal obstruction's following abdominal and pelvic opération's. *The Med. News*, 1892, t. LXI, p. 113.

gravité, d'après ce pourcentage brutal. Cette statistique renferme, en effet, des cas absolument dissemblables au double point de vue du pronostic immédiat et de la gravité opératoire. Il est donc indispensable d'établir des classifications peut-être un peu schématiques, mais nécessaires, pour préciser la valeur immédiate de l'opération de Péan, dans les différentes formes de lésions annexielles auxquelles elle est applicable. Mais auparavant, je crois instructif de montrer la diminution progressive de la mortalité, au fur et à mesure que mon maître Segond se familiarisait davantage avec les difficultés multiples de l'opération de Péan.

A la Société de chirurgie, lors de sa première communication, il apportait 23 cas avec 4 morts, soit 17,4 °/₀ de mortalité ; au Congrès de Bruxelles, 102 cas avec 10 morts, soit 9,7 °/₀ ; au dernier Congrès français de chirurgie, 128 cas avec 11 morts, soit 8,5 °/₀ ; enfin, je publie aujourd'hui une statistique de 200 cas avec 14 morts, soit 7 °/₀. Quel que soit, je le répète, le peu de valeur de ces pourcentages en bloc, ils démontrent cependant d'une façon péremptoire que le dernier mot n'est pas dit sur la mortalité de l'opération de Péan et que le chiffre s'abaissera de plus en plus avec les progrès de la technique et les enseignements de l'expérience.

Ma statistique actuelle se décompose de la façon suivante :

Suppurations péri-utérines graves	37
Pyosalpinx et abcès de l'ovaire	77
Salpingites kystiques non suppurées (hydrosalpinx, hématosalpinx, etc)	13
Salpingites parenchymateuses	33
Dégénérescences scléro-kystiques de l'ovaire	33
Grossesses extra-utérines	4
Hystérectomies complémentaires	3
Total.	200

Les 14 cas de mort se répartissent ainsi :

Suppurations péri-utérines graves.	10
Pyosalpinx	3
Grossesse extra-utérine	1
Total.	14

Lésions suppurées. — Je n'ai pas cru devoir ranger dans une même série les 114 cas de suppurations péri-utérines.

J'ai réservé la qualification de pyosalpinx et d'abcès de l'ovaire aux collections purulentes tubaires ou ovariennes parfaitement enkystées, peu ou modérément adhérentes aux organes pelviens, sûrement énucléables en totalité par la laparotomie ; au contraire, sous le nom un peu vague de suppurations péri-utérines graves, j'ai réuni des types très divers, soit par l'étendue et la solidité des adhérences (pachypelvi-péritonite de Reclus), soit par la multiplicité des poches purulentes (périmétro-salpingite suppurée), soit par l'existence de fistules viscérales anciennes (abcès pelviens fistuleux), soit enfin, par la virulence particulière de la suppuration (infections puerpérales récentes). Cette division me semble légitime ; elle répond aux deux formes des collections purulentes pelviennes, avec lesquelles le chirurgien peut se trouver aux prises, au cours d'une laparotomie ; les collections qu'il peut extirper totalement, celles qu'il doit se contenter de désinfecter et de drainer.

Elle se justifie par la simple comparaison de la mortalité dans l'une et l'autre forme de suppurations pelviennes.

a.) *Suppurations péri-utérines graves.* — Prise en bloc, la mortalité pour les lésions suppurées est de 11,4 pour 100 (13 morts sur 114 cas). Mais la grosse part en revient aux cas de suppurations graves. En effet, ces cas, au nombre de 37, ont donné 10 morts, soit 27 pour 100 de mortalité ; tandis que les pyosalpinx, au nombre de 77, n'ont donné que 3 morts, soit 3,89 pour 100. La différence est considérable, mais il suffit de parcourir les observations de la première série pour se rendre compte de la gravité exceptionnelle des cas qui la composent.

Sur ces 37 cas, en effet, 11 étaient préalablement fistuleux : 5 dans le rectum (obs. 9, 34, 94, 159, 169) ; 1 dans le vagin (obs. 68), 2 à la paroi abdominale (obs. 12 et 67), 2 à la fois dans le vagin et dans le rectum (obs. 45 et 80).

2 fois, il s'agissait de suppuration pelvienne post-puerpérale

(obs. 32 et 122), avec infiltration purulente et ramollissement de tous les tissus pelviens.

2 fois la suppuration se compliquait de fibrômes volumineux (obs. 20 et 90).

4 cas avaient été jugés inopérables par la laparotomie par des chirurgiens rompus à l'intervention sus-pubienne : obs. 19, (Schwartz), obs. 34 (Berger), obs. 45 (Bouilly), obs. 83 (Monod).

Les 10 cas de mort se répartissent de la façon suivante :

5 par shock opératoire (obs. 12, 19, 32, 45, 169).
1 par syncope (obs. 94).
1 par péritonite aiguë (obs. 67).
2 par continuation des phénomènes septiques (obs. 13 et 108).
1 par épuisement au 8e jour (obs. 149).

Les 5 malades morts de shock ont toutes succombé de la même façon. Après une amélioration sensible, durant de 12 à 24 heures, subitement le faciès change, se grippe, le nez s'effile, les yeux s'excavent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme et la mort survient en quelques heures, sans ballonnement du ventre, sans vomissements, sans élévation thermique.

Ces 5 opérées méritent de nous arrêter quelques instants. Celle de l'observation 45, affaiblie par des poussées répétées de pelvi-péritonite se succédant sans relâche depuis 4 ans, fistuleuse dans le rectum et le vagin depuis 8 mois, était dans un tel état de cachexie que M. Bouilly ne voulut pas tenter la laparotomie et pria M. Segond de venir l'hystérectomiser dans son service. Il en était de même de la malade de l'observation 19, qui fut opérée dans le service de M. Schwartz. Les malades des observations 12 et 169 étaient épuisées par des suppurations, remontant, pour la première, à 7 mois, pour la seconde, à 2 ans. Enfin, la malade de l'observation 32 fut opérée avec une température de 40° et en pleine péritonite.

Est-il vraiment juste d'imputer ces 5 décès à l'opération de Péan ? Je ne le pense pas. D'ailleurs la laparotomie n'aurait pas donné de résultats meilleurs, ce fut, du moins dans deux cas, l'opinion de MM. Bouilly et Schwartz.

Je ne crois pas davantage qu'il faille rendre l'hystérectomie vaginale responsable du décès des malades des observations 94 et 149. La première, en effet, fut apportée à la maison Dubois, en pleine péritonite aiguë, avec une température de 40° depuis 6 semaines, un pouls incomptable, des vomissements incessants ; l'incision vaginale simple eût été insuffisante, on fit une hystérectomie d'urgence et la malade succomba brusquement, le soir même, (syncope ou embolie?), dans un effort de vomissement.

Quant à la seconde malade, l'intervention fut impuissante à enrayer une cachexie avancée, et la mort survint le 8e jour sans l'ombre d'une réaction péritonéale.

Restent trois décès (obs. 13, 67, 108), à l'actif de l'opération de Péan, pour suppurations péri-utérines graves. L'autopsie a, en effet, démontré, chez l'opérée de l'observation 13, que l'intervention avait été incomplète et qu'une poche purulente méconnue était devenue le point de départ d'accidents infectieux mortels. La malade de l'observation 67 est morte de péritonite aiguë franche. Celle de l'observation 108, très infectée au moment de l'intervention, a succombé le 11e jour, à la persistance d'accidents septiques entretenus par une fistule rectale.

Ainsi donc, le décompte fait des décès que l'opération de Péan a été impuissante à éviter, mais qu'elle n'a point causés, la mortalité opératoire pour mes 37 cas de suppurations graves, tombe de 10 à 3 : de 27 pour 100, à 8,18 pour 100.

Dans ces 37 cas, l'opération de Péan n'a été que cinq fois une castration totale (obs. 122, 149, 155, 194, 197), 32 fois l'hystérectomie a été purement évacuatrice ; 2 fois seulement (obs. 13 et 60), l'utérus était tellement adhérent et enclavé que l'ablation totale en a été incomplète. La mortalité, dans les cas de castration totale, 1 mort sur 5 (obs. 149), ou 20 pour 100, est moins élevée que dans les cas de castration utérine simple, 9 morts sur 32, ou 28 pour 100.

Faut-il voir dans les suppurations graves où la castration totale est possible, des cas en quelque sorte intermédiaires, dont la gravité tient le milieu entre les suppurations qu'il faut se contenter d'évacuer, et les collections enkystées des annexes qu'on doit

s'efforcer d'énucléer ? L'opinion est soutenable et l'écart de la mortalité semble la confirmer.

Je dois signaler, en terminant, les complications sans nombre (fistule rectale, eschare sacrée, abcès métastatiques, pneumonie infectieuse, phlébite), qui se sont succédé chez la malade de l'observation 122, opérée pour une suppuration d'origine puerpérale récente. Elles sont une preuve que, dans des cas analogues, l'hystérectomie est fort dangereuse, et, qu'on doit lui préférer la laparotomie ou l'ouverture du cul-de-sac postérieur, pour pallier aux accidents infectieux par un simple drainage vaginal ou sus-pubien.

b). *Pyosalpinx et abcès de l'ovaire.* — Cette série comprend non seulement les pyosalpinx purs, mais les suppurations de l'ovaire primitives (ovarites suppurées) ou secondaires (kystes suppurés). Elle contient 77 cas, dont 74 guérisons et 3 morts, soit une mortalité de 3.8 pour 100. De ces trois décès, il en est un qui ne peut être imputé à l'opération, c'est celui de l'observation 143. Il s'agit, en effet, d'une malade qui succomba le 2e jour à des crises dyspnéiques subintrantes. A deux reprises différentes, en 1891, après une laparotomie exploratrice, en mars 1893, après une cure radicale d'éventration, cette malade avait présenté les mêmes phénomènes dyspnéiques et le pronostic avait dû être réservé pendant plusieurs jours. Si la malade eût succombé à ces accidents après la première ou la seconde opération, j'estime qu'il eût été souverainement injuste de mettre ce décès à l'actif de la laparotomie : serait-il plus équitable d'en charger une statistique d'hystérectomies ? Non certes, et je puis dire que ces 77 cas de pyosalpinx n'ont donné que 2 décès, soit une mortalité de 2.58 pour 100. Ces deux décès sont survenus : par péritonite suraiguë (perforation probable au 3e jour) chez la malade de l'observation 14, opérée pour un double pyosalpinx tuberculeux : par affaiblissement progressif, sans réaction péritonéale, au 3e jour, chez la malade de l'observation 52.

Ces 77 cas de pyolsalpinx comprennent :

1°. 55 cas de castration totale (obs. 1, 10, 14, 16, 22, 23, 30, 36, 42, 50, 52, 53, 55, 61, 66, 72, 102, 105, 106, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 145, 146, 150, 151, 153, 156, 160, 164, 166, 171, 175, 177, 180, 181, 184, 191). Dans 4 cas l'ablation des trompes suppurées fut précédée du morcellement de fibrômes volumineux (obs. 116, 131, 135, 136).

2°. 22 cas où l'ablation des annexes fut incomplète à des degrés différents : en effet, dans 8 cas, l'utérus seul fut enlevé et les annexes des deux côtés laissées en place, après ouverture des collections purulentes qu'elles renfermaient; (obs. 31, 38, 81, 82, 87, 92, 124, 143), dans les 14 autres observations les annexes furent enlevées au moins d'un côté (obs. 3. 6, 25, 51, 54, 57, 103, 104, 112, 137, 141, 144, 148, 186). La malade de l'observation 57 présentait un utérus farci de fibrômes.

En résumé, l'ablation totale des annexes a été possible 55 fois sur 77 cas, soit dans la proportion de 71 pour 100. Les deux morts opératoires (obs. 14 et 52) sont consécutives à des ablations complètes.

Grossesse extra-utérine. — Mon maître Segond a eu l'occasion d'appliquer 4 fois l'opération de Péan à des grossesses tubaires. 2 fois il s'agissait de grossesses ectopiques de 2 mois 1/2 environ, et, l'ablation préalable de l'utérus a permis, dans un cas, de faire l'ablation du sac (obs. 128), dans l'autre de pratiquer l'ablation du fœtus et du placenta (obs. 59). Les deux autres observations ont trait à des grossesses ectopiques de six semaines environ (obs. 24 et 185). La malade de l'observation 24, soignée par le Pr Pinard et M. Champetier de Ribes, dut être opérée d'urgence en pleine poussée de pelvi-péritonite aiguë. Elle succomba le 3e jour, sans réaction péritonéale. Les trois autres malades ont guéri très simplement. Cette mortalité de 25 pour 100, basée sur un nombre aussi

restreint d'observations, n'a aucune signification. Il faut laisser se multiplier les observations, avant de juger l'opération de Péan comme traitement de la grossesse ectopique.

Lésions non suppurées. — Ma statistique comprend 82 cas de lésions annexielles non suppurées, j'entends non suppurées au moment où l'intervention a été pratiquée. Il est aujourd'hui admis, ainsi que l'a toujours soutenu mon maître Pozzi (1), que les salpingites parenchymateuses et les hydrosalpinx sont d'anciens pyosalpinx transformés, guéris en quelque sorte : mais leur origine ne suffit pas à les faire classer parmi les annexites suppurées.

Ces 82 cas se répartissent ainsi :

Salpingites kystiques (hématosalpinx, hydrosalpinx). ..	13
Salpingites hypertrophiques parenchymateuses.........	33
Dégénérescences sclérokystiques de l'ovaire.....	33
Hystérectomies complémentaires.........................	3
Total....	82

Ces 82 cas ont donné 82 guérisons opératoires. Je ne suppose pas, en effet, qu'il faille compter comme un décès opératoire la mort de la malade de l'observation 79, causée le 12e jour après l'opération, par une angine diphtéritique toxique.

Les 33 malades opérées pour dégénérescence scléro-kystique des ovaires ont toutes subi une castration totale, sauf la malade de l'observation 84, chez laquelle les ovaires, extrêmement adhérents, ont été arrachés incomplètement par lambeaux. Une seule malade (obs. 190) a présenté, quelques jours après l'opération, des symptômes inquiétants d'occlusion intestinale qui nécessitèrent un anus cœcal. Elle a guéri. Au bout de deux mois, le 22 mars 1894, une tentative pour fermer l'anus iliaque a échoué en partie, mais a réduit l'orifice à une simple fistulette qui s'est fermée spontanément le 8 mai 1894.

Des 33 malades atteintes de salpingites parenchymateuses, 24 ont subi une ablation totale des annexes (obs. 40, 43, 56, 62, 74,

(1) S. Pozzi. *Traité de gynécologie* 2e édition, p. 649.

75, 76, 78, 96, 142, 147, 154, 158, 163, 168, 170, 172, 176, 179, 182, 187, 192, 193, 199); 7 une ablation partielle (obs. 65, 69, 79, 85, 89, 97, 99); 2 une castration utérine simple (obs. 73 et 174).

3 fois les lésions tubaires se compliquaient de fibrômes utérins (obs. 174, 176, 179).

Les 13 cas de salpingo-ovarites kystiques se décomposent ainsi :

5 Hydrosalpinx (obs. 26, 27, 35, 139, 161).
5 Hématosalpinx (obs. 93, 162, 183, 188, 195).
2 Kystes hématiques des ovaires (obs. 88, 134).
1 Kyste séreux des ovaires (obs. 189).

4 fois un hématosalpinx double compliquait des fibrômes utérins (obs. 162, 183, 188, 195). 1 fois un hydrosalpinx double coïncidait avec ces mêmes néoplasmes (obs. 139).

L'ablation des annexes a été complète dans tous les cas, sauf chez la malade de l'observation 88, où les annexes gauches durent être en partie laissées.

Enfin, dans 3 cas l'opération de Péan a été pratiquée pour lésions non suppurées comme complément d'une laparotomie inefficace, 1 fois pour rétroflexion douloureuse (obs. 44), 2 fois pour altérations kystiques des annexes respectées par la laparotomie (obs. 28 et 91).

Je résume ce long chapitre hérissé de chiffres et de pourcentages : les résultats immédiats de l'opération de Péan sont *merveilleux* pour les lésions annexielles non suppurées, 82 cas, 82 guérisons ; *parfaits* pour les suppurations enkystées de l'ovaire et de la trompe, 77 cas et 3 morts, dont 2 morts opératoires seulement, soit 2.58 pour 100 ; *très satisfaisants* pour les suppurations péri-utérines graves et en tous cas *supérieurs* aux résultats de la laparotomie, puisque 37 cas suivis de 10 morts n'ont donné en réalité, ainsi que je l'ai démontré, que 3 morts opératoires, soit 8.18 pour 100.

Résultats éloignés de l'opération de Péan.

Pour se faire une idée juste de la valeur thérapeutique éloignée d'une opération il faut qu'elle ait été pratiquée au moins depuis trois mois. 183 opérées se trouvaient dans ces conditions. De ce nombre, 14 sont mortes de l'intervention. Il en restait donc 169 que je devais m'efforcer de retrouver. La tâche n'a pas été facile ; cependant, nous avons été assez heureux, mon maître Segond et moi, pour en revoir 137. Ce sont les renseignements fournis par leur interrogatoire et leur examen que j'ai essayé de résumer dans le long chapitre qui va suivre :

A.— Malades opérées depuis 3 ans 1/2 a 3 ans.

1° Suppurations graves. — Revües : 6.

Obs. 2.— États général et local parfaits. Ne souffre plus. Pas de bouffées vicariantes. Se plaint de trop engraisser. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 7.— États général et local parfaits. Se plaint, au moment des règles, de sensations très tolérables de brûlures pelviennes. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 9. — États général et local parfaits. Aucun trouble vicariant. Est transformée, dit-elle. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 17. — Guérie complètement jusqu'en Juin 1893. A ce moment, une collection pelvienne se forme qui s'ouvre dans le rectum. En Juillet 1893, laparotomie pour cure radicale d'une éventration et exploration de la cavité pelvienne qui est normale. Se plaint actuellement (Mars 1894) de points douloureux au niveau de sa cicatrice.

Obs. 20.— États général et local parfaits. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 34.— Morte de tuberculose pulmonaire dans le service de M. Berger, 7 semaines après son opération.

2° Pyosalpinx. — Revues : 9.

Obs. 1. — Etat général parfait. Guérison locale absolue constatée très souvent jusqu'au mois de Décembre 1893, où, sous l'influence d'une vaginite aiguë à gonocoques, la malade a présenté, au niveau de l'angle droit de la cicatrice vaginale, un kyste à contenu séreux du volume d'un œuf de poule qui a été extirpé par le vagin, le 19 Mars 1894. Actuellement, en convalescence de cette opération.

Obs. 3. — États général et local parfaits. Pas de bouffées ; se plaint de trop engraisser. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 10.—États général et local parfaits. Il n'existe plus, depuis 18 mois, de troubles vicariants. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 22. — États général et local parfaits. Éprouve au moment des règles des accès de strangulation spasmodique. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 23. — Guérison complète pendant 18 mois. Puis, douleurs dans la fosse iliaque droite, et, le 8 mars 1893, laparotomie pour un kyste séreux siégeant à droite. En Juin 1893, la guérison était parfaite.

Obs. 25. — États général et local parfaits. Quelques bouffées insignifiantes. En Septembre 1892, guérison complète.

Obs. 30. — États général et local parfaits. Femme toujours nerveuse et dyspeptique, se fatigue beaucoup, très heureuse de son sort. Guérison complète (Janvier 1894).

Obs. 31. — Pas la moindre douleur, santé générale excellente. A engraissé. Pas de troubles vicariants. Guérison absolue (Février 1894).

Obs. 38. — États général et local parfaits. Guérison absolue (Mai 1893).

3°. Salpingites parenchymateuses. — Revue : 1.

Obs. 40. — États général et local parfaits (Octobre 1892).

4° Ovaires scléro-kystiques. — Revues : 11.

Obs. 4. — État local parfait. Toujours nerveuse. Aucun trouble supplémentaire. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 5. — États général et local parfaits. Guérison absolue (Janvier 1894).

Obs. 8. — États général et local parfaits. Pas de bouffées. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 11. — Pendant plus d'un an, a souffert comme avant son opération. Depuis 2 ans, plus la moindre douleur. A eu 2 fois des bouffées pendant 8 jours, il y a 2 ans et il y a 3 mois. Toujours nerveuse; mais moins dyspeptique. Guérison parfaite (Avril 1894).

Obs. 15. — États général et local parfaits. Pas de bouffées. Guérison complète (Janvier 1894).

Obs. 21. — États général et local parfaits. Quelques bouffées très légères. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 29. — États général et local parfaits. Se plaint de temps à autre d'un point névralgique, un u au - dessus et à droite de l'ombilic. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 33. — La malade, qui habite la province, écrit qu'elle n'a plus la

moindre douleur, qu'elle marche et danse sans fatigue. Aucun trouble vicariant. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 37. — Revue très souvent. États général et local parfaits. Opérée par M. Segond en juillet 1893 d'un polype de l'urèthre. Guérison absolue (Décembre 1893).

Obs. 39. — État général excellent. État local parfait. Aucun trouble vicariant « Je suis heureuse de revivre. » Guérison absolue (Mai 1894).

Obs. 41. — États général et local parfaits. A peine quelques bouffées de plus en plus rares. Guérison absolue (Avril 1894).

5° Salpingites kystiques. — Revues : 2.

Obs. 27. — A eu pendant un an des accès de toux nerveuse et des bouffées qui ont nécessité une saignée en avril 1893. Actuellement états local et général parfaits. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs 35. — États général et local excellents. Se plaint, au moment des règles, de bouffées très légères et d'un écoulement vaginal séreux. Quand elle se fatigue, quelques points douloureux vagues à l'abdomen, au thorax, à la nuque. Guérison complète (Avril 1894).

6° Hystérectomie complémentaire. — Revue : 1.

Obs. 28. — Revue par le Dr Schwartz. Guérison complète (Avril 1894).

B. — Malades opérées depuis trois ans au plus et deux ans au moins.

1° Suppurations graves. — Revues : 6.

Obs. 60. — A gardé pendant 4 mois un écoulement vaginal séro-purulent peu abondant. Puis états général et local parfaits jusqu'à il y a 3 mois, où la malade a commencé à souffrir du côté droit d'un hématosalpinx dont elle a été opérée par laparotomie le 9 mars 1894. Actuellement va très bien. Guérison incomplète.

Obs. 68. — Aucun trouble vicariant. De temps à autre, quelques migraines. États général et local parfaits. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 70. — S'est toujours admirablement portée depuis son opération. Pas de troubles vicariants. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 71. — États général et local excellents. Toujours nerveuse. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 77. — D'abord améliorée par l'opération. Meurt de tuberculose pulmonaire le 31 Août 1892. Sa fistule rectale n'était pas fermée.

Obs. 86. — Ecrit, au bout d'un an, qu'elle est en parfait état et que sa guérison est complète (Avril 1893.)

2° Pyosalpinx. — Revues : 11.

Obs. 42. — A eu des bouffées vicariantes pendant les 6 premiers mois. État local parfait. De temps à autre, accès de toux nerveuse. Mais, dit-elle, depuis deux ans, ma guérison est absolue (Avril 1894.)

Obs. 51. — Se porte à merveille. A repris ses occupations. Aucun trouble vicariant. Guérison complète (Mars 1894.)

Obs. 53. — A mesure que l'état général redevenait meilleur, apparition de bouffées vicariantes tous les 3 ou 4 mois assez gênantes pour nécessiter l'application de 2 ou 3 sangsues. Mais la malade marche, se fatigue sans éprouver la moindre douleur. Jamais, dit-elle, je ne me suis mieux portée. Guérison absolue (Mars 1894.)

Obs. 54. — États général et local parfaits. Pas de troubles vicariants. Guérison absolue (Mars 1894.)

Obs. 55. — États général et local parfaits. Fait de la bicyclette, du patin, etc. Bouffées vicariantes disparues. Toujours nerveuse. Guérison absolue (Mars 1894.)

Obs. 57. — Légères bouffées vicariantes tous les mois, mais états général et local parfaits. Guérison complète (Mars 1893.)

Obs. 61. — A repris son embonpoint. Est florissante de santé. A quelquefois, au moment des règles, un écoulement séreux par le vagin. État local parfait. Guérison absolue (Février 1894.)

Obs. 72. — Cette malade, hystérectomisée pour une fistule purulente sus-pubienne consécutive à une laparotomie, a subi, depuis son hystérectomie, 3 laparotomies dont 2 pour adhérences épiploïques douloureuses et 1 pour un petit kyste développé au niveau des débris du ligament large droit. En septembre 1893, la guérison paraissait définitive. Succès incomplet.

Obs. 74. — État général excellent. Très nerveuse. Douleurs vagues à la nuque, dans le dos, etc. Crises de cystalgie. Bouffées presque tous les mois. A eu 2 ou 3 hématuries. État local parfait. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 81. — États général et local parfaits. Se plaint d'engraisser trop. Quelques bouffées ; très nerveuse. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 82. — Cette malade, revue par son médecin, le Dr Fauquez, est florissante de santé. Son état local est excellent. Guérison absolue (Mars 1894).

3° Salpingites parenchymateuses. — Revues : 7.

Obs. 65. — États général et local excellents. Quelques bouffées parfois assez fortes. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 69. — États général et local parfaits. Ravie de son état. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 73. — Pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, bouffées vicariantes, assez gênantes pour que la malade ait été saignée en janvier 1892. En mai 1893, plus de troubles vicariants. États général et local parfaits. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 75. — A toujours des accès de migraine comme avant son opération. Mais l'état général est excellent et l'état local parfait. Guérison complète (4 novembre 1893).

Obs. 76. — Santé générale excellente. État local parfait. Quelques bouffées menstruelles. Toujours nerveuse, mais ravie de son état. Guérison complète (Novembre 1893).

Obs. 78. — États général et local parfaits. Légère induration de la cicatrice vaginale à droite. Quelques bouffées insignifiantes. Guérison complète (Juillet 1893).

Obs. 85. — Se porte mieux qu'avant son mariage, dit-elle. Aucun trouble vicariant. Guérison absolue (Mars 1894).

4° Ovaires scléro-kystiques. — Revues : 8.

Obs. 46. — Quelques bouffées légères. Toujours nerveuse, mais états local et général parfaits. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 47. — Restée nerveuse et morphinomane, mais santé générale bonne et état local excellent. Plus de troubles vicariants. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 48. — États général et local parfaits. Guérison complète (Février 1893).

Obs. 49. — Au dernier Congrès de chirurgie, avril 1893, M Delagénière, du Mans, a dit que cette malade souffrait encore et qu'il allait probablement lui faire une laparotomie. J'ai écrit au mois d'août 1893 à M. Delagénière qui m'a répondu ne pas avoir revu cette malade. Guérison incomplète.

Obs. 58. — A tous les mois des bouffées dont l'intensité diminue chaque fois. États général et local parfaits. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 63. — Cette malade, guérie par l'hystérectomie de ses douleurs pelviennes, a subi, le 27 Octobre 1892, une néphrorrhaphie du rein droit. Actuellement, elle se plaint de quelques douleurs au niveau de ce rein. Au point de vue utérin, c'est une guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 64. — Cette femme, internée à deux reprises pour troubles mentaux, a une crise en Septembre 1892. Actuellement, son état mental est normal. Elle est ravie de son état. Se plaint d'un point névralgique à gauche et au-dessus de l'ombilic. En somme, guérison complète (Mars 1894).

Obs. 84. — N'a plus la moindre douleur. A eu des bouffées très fortes qui se sont très améliorées à la suite de deux saignées dont la dernière le 10 Février 1894. Guérison complète (Mars 1894).

5° Grossesse extra-utérine. — Revue : 1.

Obs. 59. — États général et local parfaits. Guérison absolue (Avril 1894).

6° Hystérectomie complémentaire. — Revue : 1.

Obs. 44. — États général et local parfaits. Guérison complète (Juin 1892).

C. — Malades opérées depuis deux ans au plus et un an au moins.

1° Suppurations graves. — Revues : 5.

Obs. 90. — Aucun trouble vicariant. Aucune douleur pelvienne. États général et local parfaits. Guérison complète (Juillet 1893).

Obs. 98. — Aucun trouble vicariant. Va tous les ans à Vichy pour des crises hépatiques. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 107. — Santé générale merveilleuse. État local parfait. Ravie de son état. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 109. — Morte de tuberculose pulmonaire le 21 Février 1893 (4 mois après l'opération).

Obs. 121. — État général parfait. A repris ses forces. Aucun trouble vicariant. État local parfait : « Je suis, dit-elle, comme à 14 ans ». Guérison absolue (Avril 1894).

2° Pyosalpinx. — Revues : 23.

Obs. 92. — États général et local parfaits ; fait de la bicyclette, du patin. A souffert il y a 2 mois d'un léger déplacement du rein droit. Porte une ceinture. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 102. — Aucun trouble vicariant. Santé merveilleuse. État local parfait. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 103. — Cette malade, opérée à Bruxelles au moment du Congrès, écrivait en Mai 1893 que sa guérison était absolue (Mai 1893).

Obs. 106. — A eu pendant quelques mois des poussées congestives douloureuses vers les seins. Saignée en Janvier 1893. En Décembre 1893, disparition de ces phénomènes. Guérison absolue (Décembre 1893).

Obs. 111. — A comme troubles vicariants des poussées congestives vers les seins et des crises de diarrhée. États général et local excellents. Guérison absolue (Janvier 1894).

Obs. 112. — État général excellent. État local parfait. Pas de troubles vicariants. Se plaint d'une grande constipation. Guérison absolue (Février 1894).

Obs. 113. — Quelques douleurs au niveau des reins quand elle se fatigue. Pas de bouffées. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 114. — Revue le 15 Mars 1894, par mon collègue et ami, le Dr Cautru. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 115. — Aucun trouble vicariant. États général et local parfaits. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 116. — Guérison immédiate absolue. Meurt de tuberculose pulmonaire le 21 Avril 1893.

Obs. 117. — A comme troubles vicariants des migraines et des bourdonnements d'oreilles. Ravie de son état. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 118. — États général et local parfaits. Pas de bouffées. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 119. — Va très bien. A engraissé. Travaille sans fatigue. État local parfait. Légère douleur au niveau de la cicatrice. Guérison absolue (Février 1894).

Obs. 120. — Quelques bouffées très légères. États général et local parfaits. Guérison absolue (Février 1894).

Obs. 123. — Toujours dyspeptique, mais santé générale excellente et état local parfait. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 124. — Guérison complète (Dr Jonnesco) (Avril 1894).

Obs. 125. — A de temps à autre des migraines. Mais la santé est excellente. L'état local est parfait. Guérison absolue (Février 1894).

Obs. 126. — Aucun trouble vicariant. État général excellent. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 129. — Quelques bouffées légères. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 130. — Se porte admirablement. N'a aucun trouble vicariant. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 131. — État général parfait ; état local s'améliore de jour en jour (Avril 1894).

Obs. 132. — État de santé florissant. Ne ressent plus la moindre douleur. Les forces reviennent de jour en jour. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 136. — États général et local parfaits. Aucun trouble vicariant. Guérison absolue (Avril 1894).

Obs. 137. — Santé parfaite. N'a plus la moindre douleur. Pas de bouffées. Guérison absolue (Avril 1894).

3° Salpingites parenchymateuses. — Revues : 4.

Obs. 89. — Santé générale parfaite. État local excellent. Aucun trouble vicariant. N'a plus la moindre douleur. Guérison absolue (Mars 1894).

Obs. 96. — États général et local parfaits. Aucun trouble menstruel. Quelques bouffées pendant un an. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 97. — Santé très bonne malgré des fatigues de toutes sortes. N'a pas la moindre douleur. Aucun trouble vicariant. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 99. — États général et local parfaits. Aucun trouble vicariant. Guérison complète (Avril 1894).

4° Salpingites kystiques. — Revues : 3.

Obs. 88. — Confirmation de symptômes ataxiques, comme l'avait pensé le Pr Charcot. Au point de vue utérin, guérison complète (Avril 1894).

Obs. 93. — Aucun trouble vicariant. Aucune douleur. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 134. — Guérison complète. La malade avait repris ses occupations, quand elle meurt subitement, 8 mois après son opération, le 12 décembre 1893, avec des symptômes d'apoplexie pulmonaire.

5° Ovaires scléro-kystiques. — Revues : 4.

Obs. 95. — Aucun trouble menstruel. A peine quelques bouffées. Pas de douleurs. Ravie de son état. Guérison complète (Avril 1894.)

Obs. 100. — Persistance des troubles d'entéroptose. Mais, disparition des crises menstruelles douloureuses. Guérison complèle (Avril 1894).

Obs. 101. — État général excellent. Aucune douleur. Aucun trouble vicariant. Guérison complète (Janvier 1894).

Obs. 133. — Guérison complète. Morte de pneumonie le 27 septembre 1893.

6° Grossesse extra-utérine. — Revue : 1.

Obs. 128. — Morte, 3 mois après l'opération, d'une affection pulmonaire aiguë.

7° Hystérectomie complémentaire. — Revue : 1.

Obs. 91. — Vaque à ses occupations sans la moindre fatigue A souvent des bouffées de courte durée. Engraisse. Guérison complète (Mars 1894).

D. — Malades opérées depuis 1 an au plus et 3 mois au moins

1° Suppurations péri-utérines graves. — Revues : 5.

Obs. 138. — Après une amélioration locale notable, la malade succombe aux progrès de sa tuberculose pulmonaire, le 15 septembre 1893.

Obs. 155. — Ne souffrait plus ; vaquait à ses occupations. Pouvait faire des travaux assez durs tels que d'aller au lavoir. Engraissait, mais gardait une fistulette entéro-vaginale par laquelle passaient très peu de matières liquides, quand elle meurt, le 11 mai 1894, d'occlusion intestinale.

Obs. 157. — L'opération de Péan a été impuissante à guérir un abcès pelvien qu'on a dû inciser par voie sus-inguinale, mais sans trouver autre

chose qu'une poche fongueuse qu'on a nettoyée et drainée. Morte le 4[e] jour après cette incision, dans le coma. Insuccès complet.

Obs. 159. — Tout le monde, dit-elle, m'appelle la ressuscitée. Aucune douleur. État général excellent, mais se fatigue vite. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 178. — État général excellent. Marche sans fatigue. A repris de l'embonpoint. Ventre souple indolore. Écoulement vaginal tari. Guérison complète (Février 1894).

2° Pyo-Salpinx. — Revues : 12.

Obs. 141. — État général bon. A repris des forces et de l'embonpoint. État local parfait. Au moment des règles, poussées congestives du côté du foie (dont la malade souffrait longtemps avant l'opération), qui déterminent son médecin à faire une saignée. Guérison complète (Novembre 1893).

Obs. 144. — État local parfait. Fonctions digestives très bonnes. Quelques bouffées légères. Quelques saignements de nez. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 145. — État local parfait. A quelquefois des picotements dans le ventre. État général excellent. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 148. — Quelques migraines. Quelques douleurs lombaires après une fatigue. Pas de troubles vicariants. Ravie de son état. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 150.— États général et local parfaits. Quelques bouffées. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 151. — N'a plus la moindre douleur pelvienne mais souffre d'une cystite bacillaire. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 153. — Écrit du Brésil qu'elle se porte admirablement, n'a plus la moindre douleur, le moindre trouble vicariant, qu'elle est ravie. Guérison complète (Janvier 1894).

Obs. 156. — États général et local parfaits. Nerveuse. Quelques pesanteurs lombaires au moment des règles. Guérison complète (Avril 1894).

Obs. 160. — État général excellent. Ne souffre plus. A peine quelques bouffées. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 164. — Santé parfaite. Reprend ses forces à vue d'œil. Ne souffre plus. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 166. — Ne souffre plus. A peine quelques bouffées. État général excellent. Guérison complète (Mars 1894).

Obs. 175. — Ne souffre plus. Reprend ses forces de jour en jour. Guérison complète (Mars 1894).

3° Salpingites parenchymateuses. — Revues : 10.

Obs. 142. — Guérie de ses douleurs pelviennes mais il persiste une cystocèle énorme pour laquelle M. Segond pratique, le 31 janvier 1894, une large colporrhaphie antérieure. Actuellement, va très bien.

Obs. 154. — Ne souffre plus. État général excellent. Pas de troubles vicariants. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 158. — Est morte d'une affection pulmonaire aiguë le 20 novembre 1893, deux mois après son opération.

Obs. 163. — A continué à perdre par le vagin, jusqu'en janvier 1894 (2 mois 1/2). Actuellement ne souffre plus, sauf quelques pesanteurs lombaires. Guérison (Février 1894).

Obs. 168. — États local et général parfaits. Ne souffre plus ; n'a plus de troubles vicariants. Guérison (Avril 1894).

Obs. 170. — Bouffées au moment des règles. Le 8 décembre (époque des règles) bouffées de chaleur, migraine intense. Éruptions sur le front. Ne souffre plus. État général excellent. Guérison (Janvier 1894).

Obs. 172. — Toujours nerveuse et dyspeptique. Plus de douleurs dans le ventre. Pas de troubles vicariants. Guérison (Avril 1894).

Obs. 174. — Écrit le 24 Janvier 1894, qu'elle se porte admirablement (Janvier 1894).

Obs. 176. — Bouffées menstruelles. Mais ne souffre plus, et dit qu'elle est ravie de son état (Mars 1894).

Obs. 179. — Un peu fatiguée par le voyage pour rentrer chez elle dans l'Allier. Son médecin écrit qu'elle ne souffre plus, que l'état local est excellent, qu'elle est restée dyspeptique mais qu'on doit la considérer comme un succès complet (Février 1894).

4° Salpingites kystiques. — Revue : 1.

Obs. 161. — États général et local parfaits. Guérison complète (Févr. 1894).

5° Ovaires scléro-kystiques. — Revues : 4.

Obs. 140. — Toujours dyspeptique. Quelques vapeurs au moment des règles. États général et local parfaits. Guérison complète (Octobre 1893).

Obs. 152. — Écrit du Doubs qu'elle se porte « magnifiquement, » qu'elle est à peine incommodée par quelques douleurs lombaires quand elle se fatigue, qu'elle n'a aucun trouble menstruel. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 167. — Se fatigue encore facilement ; très constipée, mais n'a plus la moindre douleur. Guérison complète (Février 1894).

Obs. 173. — Reprend ses forces d'une façon progressive. Ne souffre plus. Reste nerveuse et dyspeptique. Guérison complète (Février 1894).

Tels sont les renseignements fidèles que j'ai recueillis sur 137 malades revues. Je vais les condenser en deux tableaux qui permettront d'embrasser d'un coup d'œil, les résultats éloignés de l'opération de Péan, étudiés au double point de vue de la *nature des lésions* et de la *nature de l'opération (complète ou incomplète).*

A. — Résultats éloignés en rapport avec la nature des lésions.

1° Suppurations péri-utérines graves. — Revues : 22.

Mortes de tuberculose pulmonaire, 4.

1 au bout de	7	semaines	(Obs. 34).
1 »	7	mois	(Obs. 77).
1 »	4	»	(Obs. 109).
1 »	5	»	(Obs. 138).

Insuccès, 3 (Obs. 17, 60, 157).
Guérison avec fistule, 1 (Obs. 155).
Guérisons absolues, 14.

2° Pyosalpinx. — Revues : 56.

Morte de tuberculose pulmonaire au bout de 4 mois, 1 (Obs. 116).
Guérisons incomplètes, 4 (Obs. 1, 23, 72, 131).
Guérisons absolues, 51.

3° Salpingites parenchymateuses. — Revues : 21.

Morte d'affection pulmonaire aiguë au bout de 2 mois, 1 (Obs. 158).
Guérison imparfaite chez une malade ayant en même temps un prolapsus complet, 1 (Obs. 142).
Guérisons absolues, 19.

4° Ovaires scléro-kystiques. — Revues : 27.

Morte de pneumonie le 27 septembre 1893, 1 (Obs. 133).
Insuccès (malade revue par M. Delagenière, du Mans), 1 (Obs. 49).
Guérisons absolues, 25.

5° Salpingites kystiques. — Revues : 6.

Morte d'apoplexie pulmonaire au bout de 8 mois, 1 (Obs. 134).
Guérisons absolues, 5.

6° Hystérectomies complémentaires. — Revues : 3.

Guérisons absolues, 3.

7° Grossesse extra-utérine. — Revues : 2.

Morte d'affection intercurrente au bout de 3 mois, 1 (Obs. 128).
Guérison absolue, 1.

B. — Résultats éloignés en rapport avec la nature de l'intervention.

1° Castrations totales, 82, actuellement vivantes.

Suppurations graves, 1 (Obs. 155).
Pyosalpinx, 37 (Obs. 1, 10, 22, 23, 30, 42, 53, 55, 61, 74, 102, 106, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 123, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 136, 145, 150, 151, 153, 156, 160, 164, 166, 175).
Salpingites parenchymateuses, 12 (Obs. 75, 76, 78, 96, 142, 154, 163, 168, 170, 172, 176, 179).
Ovaires scléro-kystiques, 25 (Obs. 4, 5, 8, 11, 15, 21, 29, 33, 37, 39, 41, 46, 47, 48, 49, 58, 63, 64, 95, 100, 101, 140, 152, 167, 173).
Salpingites kystiques, 4 (Obs. 27, 35, 93, 161).
Hystérectomies complémentaires, 3 (Obs. 28, 44, 91).

Ces 82 castrations totales ont donné 76 guérisons complètes et 6 guérisons imparfaites dont :

1 Suppuration grave (Obs. 155).
3 Pyosalpinx (Obs. 1, 23, 131).
1 Salpingite parenchymateuse avec prolapsus (Obs. 142).
1 Dégénérescence sclérokystique de l'ovaire (Obs. 49).

2° Castrations utérines, 46, actuellement vivantes.

Suppurations graves, 17 (Obs. 2, 7, 9, 17, 20, 60, 68, 70, 71, 86, 90, 98, 107, 121, 157, 159, 178).
Pyosalpinx, 18 (Obs. 3, 25, 31, 38, 51, 54, 57, 61, 81, 82, 92, 103, 112, 124, 137, 141, 144, 148).
Salpingites parenchymateuses, 8 (Obs. 65, 69, 73, 85, 89, 97, 99, 174).
Ovaires scléro-kystiques, 1 (Obs. 84).
Salpingites kystiques, 1 (Obs. 88).
Grossesse extra-utérine, 1 (Obs. 59).

Ces 46 castrations utérines ont donné 42 guérisons complètes et 4 guérisons imparfaites, dont :

3 Suppurations graves (Obs. 17, 60, 157).
1 Pyosalpinx (Obs. 72).

Les résultats thérapeutiques éloignés sont donc absolument identiques, qu'on fasse la castration totale ou simplement la cas-

tration utérine : la première donne 92 °/₀ de guérisons durables, la seconde 90 °/₀.

Etude détaillée des insuccès et de leur cause. — L'opération de Péan a échoué 3 fois chez des malades qu'une laparotomie antérieure n'avait pu guérir. La malade de l'observation 17, laparotomisée sans succès par M. Doléris, en 1889, et hystérectomisée, en 1890, pour abcès pelvien, fut guérie complètement jusqu'au mois de juin 1893. A ce moment elle ressentit des douleurs vives dans la fosse iliaque droite et fut soulagée au bout de quelques jours par l'évacuation spontanée d'une assez grande quantité de pus par le rectum. En juillet 1893, M. Segond lui fit une cure radicale d'une éventration énorme consécutive à la laparotomie et put s'assurer au cours de cette intervention de l'intégrité absolue du pelvis. Actuellement cette malade se plaint encore de douleurs pelviennes vagues et surtout de points douloureux au niveau de la cicatrice abdominale.

La malade de l'observation 60, chez laquelle on a dû laisser un fragment du fond de l'utérus, souffrait depuis quelques mois de douleurs pelviennes prédominantes à droite, avec irradiations pénibles dans la cuisse du même côté. Le toucher combiné ayant fait reconnaître, à droite, la présence d'une collection kystique du volume d'une orange et très haut située, M. Segond pratiqua, le 10 mai 1894 une laparotomie. On tomba d'abord sur une énorme collection séreuse intra-péritonéale développée autour d'un très gros hématosalpinx, qui fut extirpé en totalité. Cette femme est actuellement guérie.

La malade de l'observation 72, laparotomisée par M. Tuffier, fut hystérectomisée, au bout de 18 mois, pour des douleurs persistantes et pour une fistule purulente sus-pubienne. L'hystérectomie guérit la fistule et diminua notablement les douleurs. Cependant il persistait au moment des mictions des tiraillements si pénibles, que mon maître Segond se décida à pratiquer une deuxième laparotomie, pour détruire les adhérences que la vessie avait pu contracter avec la paroi abdominale. La vessie fut en

effet libérée et les mictions redevinrent normales. Bientôt, la malade se plaignit de ne pouvoir s'asseoir sans éprouver de nouveaux tiraillements qui s'exerçaient, disait-elle, en trois points : au niveau du cul-de-sac latéral droit, du bas-fond de la vessie et du trou obturateur droit. Devant la précision de ces affirmations, une troisième laparotomie fut pratiquée et permit de détruire trois brides épiploïques qui s'inséraient exactement aux points indiqués par la malade. Une exploration attentive du pelvis ne fit rien découvrir autre chose. La malade partit complètement guérie mais pour peu de temps. Elle revenait, en effet, au bout de 3 mois, se plaignant d'une sensation de boule sur le rectum. L'examen bimanuel fit reconnaître à la partie latérale droite du pelvis une petite masse fluctuante, assez douloureuse. Par une quatrième laparotomie, on enleva un petit kyste du volume d'un œuf, probablement développé aux dépens d'un fragment des annexes droites. La malade est aujourd'hui absolument guérie, elle a d'ailleurs des droits à une guérison radicale.

La malade de l'observation 131, laparotomisée par M. Périer en novembre 1891 fut hystérectomisée le 5 avril 1893 pour un énorme pyosalpinx compliquant un fibrôme utérin ; elle se plaint encore de douleurs pelviennes vagues, d'affaiblissement de la jambe gauche atteinte de phlébite depuis la première opération, de phénomènes légers de cystite.

Les malades des observations 1 et 23 ont présenté, l'une au bout de 2 ans, l'autre au bout de 3 ans 1/2, des productions kystiques pelviennes qu'il a été nécessaire d'extirper. La particularité tout à fait intéressante de ces deux observations, c'est que ces malades, opérées l'une et l'autre pour pyosalpinx double, ont eu toutes les deux une *castration utéro-annexielle totale*. La cause sous l'influence de laquelle s'est développé le kyste de la malade de de l'observation 1 mérite de nous arrêter. Après trois années d'une guérison qu'aucun incident n'avait démentie, malgré des fatigues de toutes sortes, cette opérée contracte en novembre 1893 une vaginite blennorrhagique intense. Rapidement guérie par le traitement au permanganate de potasse, elle conserve, au niveau de

l'angle droit de sa cicatrice, un point douloureux, au niveau duquel se développe rapidement une collection kystique. Après deux tentatives infructueuses pour traiter ce kyste à contenu séreux, par incision simple et drainage, M. Segond dut en faire l'extirpation totale par le vagin. Actuellement la malade est convalescente de cette intervention.

La malade de l'observation 23, dont le kyste était très haut situé, a été opérée par laparotomie.

C'est probablement d'une complication de cette nature que souffrait la malade de l'observation 49, qui fut revue, au Mans, vers le mois d'avril 1893, par M. Delagénière. Au mois d'août, M. Delagénière, auquel j'écrivis à son sujet, l'avait perdue de vue sans l'opérer.

A propos de ces trois cas, je dois rappeler l'observation 124 qu'on doit considérer comme un succès de l'opération de Péan bien que la malade ait été laparotomisée quelques semaines après l'hystérectomie. Cette malade, *sage-femme* (je souligne sa profession avec intention), avait subi une castration utérine simple. Elle était convalescente et déjà améliorée, quand elle apprend par son entourage qu'on ne lui avait point enlevé les annexes. Aussitôt, crise de larmes, agitation extrême, désespoir ; elle ne veut pas retourner dans son lointain pays sans être complètement guérie. A tout prix, il faut qu'on lui fasse une laparotomie. M. Segond cède à ses instances, et, six semaines après l'hystérectomie, lui ouvre le ventre. Cette laparotomie fut purement exploratrice, mais on dit à la malade que l'extirpation des annexes avait été complète. Tout à fait rassurée, elle se rétablit rapidement et des nouvelles récentes permettent de la considérer comme une guérison absolue.

La malade de l'observation 142, atteinte à la fois de salpingite parenchymateuse double et de prolapsus utérin complet, fut radicalement guérie de ses douleurs pelviennes, mais une récidive du prolapsus vaginal a nécessité, au bout de quelques mois, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie. Elle n'est donc pas, à proprement parler, un échec de l'opération de Péan.

La malade de l'observation 155, morte récemment d'obstruction

intestinale, était guérie mais avec fistulette entéro-vaginale. Ce n'était donc qu'un succès partiel.

Quant à la malade de l'observation 157, elle est un insuccès complet, puisque l'opération de Péan n'a pu amener la résolution de l'énorme abcès pelvien pour lequel elle fut pratiquée. Cette femme était d'ailleurs dans un état général très grave, car la simple incision, sous chloroforme, de cet abcès pelvien par voie sus-inguinale, suffit à déterminer des accidents urémiques auxquels elle succomba.

En somme, trois fois l'hystérectomie vaginale n'a pu guérir des femmes déjà laparotomisées sans succès, et sept fois, pratiquée d'emblée, elle a donné des guérisons imparfaites.

Des troubles congestifs et nerveux consécutifs a l'opération de Péan. — La plupart des malades revues ont éprouvé pendant les premiers mois qui ont suivi la castration utérine des troubles divers au moment des périodes menstruelles. Ces troubles supplémentaires ont été des bouffées de chaleur à la face, des migraines, plus rarement des poussées congestives du côté des seins (obs. 106 et 111), du côté du foie (obs. 141), des bourdonnements d'oreilles (obs. 117), des crises de strangulation spasmodique (obs. 22). Deux malades présentent d'une façon irrégulière aux périodes cataméniales absentes, un écoulement vaginal séreux (obs. 35 et 60); une a des épistaxis (obs. 144). La malade de l'observation 74 a eu deux ou trois hématémèses peu importantes. Chez 12 opérées seulement (obs. 11, 16, 27, 38, 53, 57, 65, 73, 84, 140, 170, 176), les bouffées vicariantes ont été très gênantes. Quatre malades ont été fort soulagées par des saignées (obs. 27, 73, 84) ou par l'application de sangsues (obs. 53).

Les 17 malades qui ont présenté des troubles congestifs pénibles, étaient atteintes 9 fois de pyosalpinx (obs. 16, 38, 53, 57, 74, 106, 111, 117, 144); 5 fois de salpingites kystiques ou parenchymateuses (obs. 27, 65, 73, 170, 176); 3 fois de dégénérescence scléro-kystique des ovaires (obs. 11, 84, 140). 11 fois les malades avaient

subi la castration totale, 6 fois une extirpation incomplète des annexes. Il faut donc, je crois, beaucoup en rabattre des assertions de Grammatikati (1) qui regarde ces troubles périodiques comme plus fréquents après l'hystérectomie qu'après la laparotomie.

D'autre part, je ferai remarquer combien les symptômes vicariants si intenses et si fréquents après la castration ovarienne pour lésions scléro-kystiques de l'ovaire, sont rares après la castration totale puisque je n'en ai relevé que trois cas où ils fussent vraiment gênants.

Au point de vue de l'*état nerveux*, les malades ne sont guère modifiées par l'opération de Péan. D'une manière générale on peut dire qu'elles restent ce qu'elles étaient auparavant. Je n'ai observé que deux fois des accès de mélancolie (obs. 51, obs. 71), aujourd'hui disparus. La malade de l'observation 88, chez laquelle, avant l'hystérectomie, Charcot avait porté le diagnostic de tabes au début, présente aujourd'hui des symptômes d'ataxie confirmée.

Une seule malade (obs. 64), hystérique de vieille date et déjà sujette à des bizarreries intellectuelles, a présenté, aussitôt après l'opération, des troubles cérébraux qui ont nécessité son internement à Ste-Anne pendant quelques semaines. Elle demeure aussi bizarre que par le passé, mais sa raison lui est aujourd'hui complètement revenue.

La fréquence des troubles cérébraux, « dépression mentale tantôt légère, tantôt forte, et qui, mais rarement, avec le concours de circonstances déterminantes, aboutit à de véritables psychoses, » me semble donc avoir été singulièrement exagérée par Glœvecke (2) qui aurait observé ces troubles dans un tiers des cas.

(1) P. N. Grammatikati. *Vratch*, 1891, n° 1, et *Ann. de Gyn.* 1891, t. XXXVI, p. 65.

(2) Glœvecke.—Modifications physiologiques et psychiques observées dans l'organisme féminin à la suite de la perte des ovaires d'une part et de la perte de l'utérus d'autre part. *Arch. f. Gyn.* 1887, Bd., XLV p. 1.

Ces troubles d'ailleurs ne sont pas rares après la laparotomie (1).

Enfin la vie sexuelle n'est pas modifiée par l'opération de Péan. A ce point de vue spécial il en est de la castration totale comme de la castration ovarienne (2). J'ai pourtant noté quelques cas où l'appétence génitale était exagérée.

(1) VÈNE. Etude sur les délires post-opératoires. *Th. de Paris*, 1891. — BALDY, *Amer. Gynécol. Society* in *Bull. Méd.* 22 nov. 1891. — J. LUYS. Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques. *Ann. de Psychiâtrie*, juin 1893, nº 6, p. 170 — E. RÉGIS. Cas de folie consécutive à une ovaro-salpingotomie. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1893, nº 37, p. 433.

(2) F. KEPPLER (de Venise). Communication au Xe Congrès international de Berlin, 1890, *Ann. de Gyn.*, 1890, t. XXIV, p. 312.

CHAPITRE IV

Comparaison de l'opération de Péan avec les autres méthodes chirurgicales de traitement des lésions des annexes et en particulier avec la Laparotomie.

Je n'ai point à m'occuper ici du traitement médical des lésions annexielles, ni davantage à m'étendre sur les ressources très réelles d'une thérapeutique intra-utérine bien appliquée (dilatation, curettage, etc.), comme traitement indirect des affections inflammatoires des ovaires et des trompes. Ce chapitre important de la gynécologie conservatrice n'entre pas dans le cadre que je me suis tracé. Je n'y admets que les lésions annexielles justiciables d'une intervention chirurgicale, « soit qu'on ait la conscience d'avoir épuisé les ressources de la thérapeutique conservatrice, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation ». Ce sont donc uniquement les méthodes chirurgicales de traitement des lésions des annexes que je vais passer en revue, me réservant d'insister plus particulièrement sur le parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale.

Au premier rang je dois citer les *incisions* des collections purulentes péri-utérines. La chirurgie des suppurations pelviennes n'échappe point aux lois de la chirurgie générale et

toutes les fois qu'une collection péri-utérine fait saillie en un point facilement accessible, il faut lui donner issue en ce point même, quitte à parfaire plus tard, par une opération plus importante, une guérison que l'incision simple aura été impuissante à donner.

Ainsi donc, quand une collection péri-utérine bombe dans le *vagin*, au pli de l'*aine*, à la région *crurale* ou à la *fesse* (1), il faut évacuer le pus au point précis où il se présente. Une seule voie me paraît devoir être rejetée complètement, c'est la voie rectale vantée par Byford (2). Les dangers d'infection qu'elle présente doivent en toutes circonstances lui faire préférer une intervention en apparence plus grave, comme la laparotomie ou l'hystérectomie.

a) Ponction vaginale. — La *ponction vaginale* ne saurait être un mode de traitement des collections suppurées péri-utérines. Cette pratique, excusable à une époque où, privée de l'antisepsie, l'incision large était déjà une intervention sérieuse (3), doit aujourd'hui céder le pas à l'*incision* chaque fois que les circonstances exigent ou justifient l'évacuation simple. Malgré les efforts de Vuilliet (4) pour réhabiliter la ponction et en perfectionner le manuel opératoire, malgré ses succès et ceux de Mundé (5), de Landau (6), de Frænkel (7) de Nitot (8), la

(1) L. Launay. — Phlegmon de la gaîne hypogastrique avec prolongement fessier. *Gaz. des Hôp.* 1893, n° 110, p. 1041.

(2) Byford. *Amer. Journ. of Obst.* 1880, p. 415.

(3) H. Bourdon. *Rev. Méd.*, 1843. t. III, p. 5. — Simpson. On dropsy of other diseases of the Fallopian tubes. *Med. Times*, Mai, Juin, Juillet, 1860.

(4) Vuilliet. — Des méthodes d'évacuation simple appliquées au traitement des pyosalpingites et des collections liquides du pelvis. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 132, et *Revue méd.-chirurgicale des maladies des femmes*, 1892, p. 664.

(5) Mundé. — *Amer. Journal of. Obst.*, Juillet, 1892.

(6) Landau. — Les salpingites. Bruxelles, 1892, p. 69.

(7) Frænkel. — *Wien. med. Presse*, 1893, t. XXXIV, p. 1719.

(8) Nitot. — Traitement du pyosalpinx et des salpingites enkystées de petit volume par la ponction aspiratrice suivie du lavage immédiat de la poche avec une solution antiseptique de sublimé. *Rev. médico-chir. des maladies des femmes*, 1893, p. 147.

ponction vaginale, ainsi que l'a dit mon maître Segond, doit être tout au plus exploratrice. Peut-être, suivant la pratique de Landau, pourra-t-on se borner à la ponction et attendre, si le liquide retiré est purement séreux. Mais en cas de récidive, il faudra inciser ou extirper la poche kystique et ne jamais faire une nouvelle ponction suivie d'injections modificatrices (teinture d'iode, liqueur de Van Swieten, etc.).

b) Incision vaginale. — L'incision vaginale est une opération excellente dans un certain nombre de suppurations pelviennes. Elle a été surtout remise en honneur par M. le professeur Laroyenne, de Lyon (1), qui a imaginé pour cette intervention, en apparence fort simple, un manuel opératoire très ingénieux, mais un peu compliqué. Cependant, telle est parfois, même en chirurgie, la séduction des choses compliquées, que M. Laroyenne et surtout ses élèves n'hésitent pas à attribuer à cette instrumentation spéciale l'excellence de leurs résultats opératoires.

Le procédé de M. Laroyenne comprend trois temps : 1° La ponction ; 2° le débridement ; 3° l'hémostase.

Pour la ponction, M. Laroyenne se sert d'un trocart d'un diamètre supérieur à celui du trocart à hydrocèle et ayant la courbure et la longueur de l'hystéromètre. Cette courbure permet d'aborder les collections latérales, car, même dans ces cas, il faut toujours enfoncer le trocart très en arrière sur le côté du cul-de-sac de Douglas, en arrière des artères utérine et vaginale, et achever la ponction, en revenant en avant pour embrocher les collections latérales. On ne saurait trop insister sur ce fait que l'on doit ponctionner dans le cul-de-sac postérieur, soit au centre derrière le col utérin, soit sur le côté de ce cul-de-sac, jamais dans le cul-de-sac latéral, ni dans le cul-de-sac antérieur. Une fois l'extrémité du

(1) Laroyenne. De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique. *Lyon méd.* 21 fév. 1886. — E. Blanc. De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchement latent de nature séreuse ou hématique. *Th. de Lyon*, 1887. — P. Goullioud. Débridement vaginal des collections de la péritonite chronique. *Congrès français de chir.*, *4me session*, Paris, 1889, p. 692.

trocart parvenue dans la cavité à ponctionner on le retire, en ayant grand soin d'y maintenir la canule. Dans la rainure de la canule, le métrotome de Simpson est introduit et conduit jusqu'au niveau de l'abcès. La canule retirée, le métrotome est ouvert et ramené ouvert, débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale, de façon à donner accès à deux ou trois doigts. S'il existe d'autres collections, elles sont traitées de la même manière ou bien ouvertes avec le doigt.

Le mode d'hémostase employé par M. Laroyenne consiste à introduire par la brèche du cul-de-sac postérieur une éponge qu'on laisse à cheval sur la plaie, la partie profonde se dilatant dans la cavité de l'abcès, la partie superficielle dans le vagin. Cette éponge doit être d'un volume suffisant pour entrer à frottement, à mailles fines et par suite plus élastique, plus hémostatique. L'éponge aurait un autre avantage, celui de dilater les débridements.

A ce procédé, la plupart des chirurgiens préfèrent une technique plus simple. J'ai toujours vu mes maîtres Pozzi et Segond procédêr de la façon suivante : le vagin étant maintenu béant avec des écarteurs et le col solidement fixé avec une pince, on incise transversalement le cul-de-sac postérieur au ras de l'utérus. Les doigts élargissent cette incision et effondrent la collection purulente qui est ensuite désinfectée et bourrée avec de la gaze iodoformée.

L'incision du vagin ne doit pas dépasser les limites du cul-de-sac postérieur, elle est généralement transversale, mais on peut, ainsi que l'a préconisé Boisleux (1), la faire antéro-postérieure pour éviter la blessure ou la section des ligaments utéro-sacrés. Les vaisseaux qui saignent sont rarement assez importants pour être liés ou pincés. Ordinairement le suintement sanguin s'arrête par le tamponnement iodoformé. Dans quelques cas cependant, il est indispensable de laisser quelques pinces à demeure.

L'incision vaginale, même pratiquée suivant le rite lyonnais, ne saurait mener à bien tous les cas de suppurations pelviennes non

(1) Ch. Boisleux. Uber intraligamentäre Elytrotomie und seine Indikationen. *Centr. f. Gyn.* 1892, n° 29, p. 56.

tuberculeuses, ainsi que le prétend M. Goullioud (1), un des plus ardents défenseurs de la méthode. L'unique préoccupation de conserver à la femme sa fécondité ne suffit pas à faire préférer l'incision vaginale simple aux méthodes plus curatives de la laparotomie ou de l'hystérectomie. « D'ailleurs la conservation des ovaires, d'après M. Goullioud lui-même, n'est bien souvent qu'une satisfaction morale, tant sont rares les conceptions chez les malades atteintes d'affections des annexes » (2).

Les indications de l'incision vaginale me semblent avoir été posées d'une façon très nette par M. Bouilly, qui réserve cette intervention « aux cas de tumeur accessible par le vagin, de poche unique, unilatérale, peu épaisse, uniformément ramollie et fluctuante ; le tout chez des sujets fébricitants et trop épuisés pour affronter sans péril une intervention plus radicale » (3). M. Laroyenne et ses élèves semblent d'ailleurs se conformer entièrement à ces indications. Sur les 27 observations rapportées in extenso dans le mémoire de M. Goullioud, il s'agit 25 fois de poches uniques ; 1 fois (obs. VII) d'une poche séreuse et d'une poche purulente superposées ; 1 fois (obs. XV), de 3 poches purulentes accolées. Il est vrai que, tout récemment, M. Goullioud recommande de nouveau le procédé de Laroyenne pour les collections postérieures latérales et haut placées et pour les collections multiples et superposées (4).

Les conclusions de M. Bouilly furent vivement combattues à la Société de chirurgie. MM. Reclus, Polaillon et Monod reprochent à l'incision vaginale de laisser des fistules intarissables ; MM. Terrier et Terrillon la repoussent dans tous les cas et lui préfèrent la laparotomie qui permet l'ablation de la poche. Mon maître Pozzi ne l'accepte que dans des cas très restreints. Seuls MM. Routier, quand la malade a une température élevée, et Le Dentu, quand la lésion

(1) P. Goullioud. *Arch. de Toc.*, 1891, p. 562, 700, 788, 801.

(2) P. Goullioud. *Ibid.* p. 569.

(3) G. Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1890, t. XVI, p. 500.

(4) P. Goullioud. Du débridement vaginal des collections pelviennes. *Arch. prov. de chir.* 1893, t. II, N° 7, p. 432.

suppurée est récente, préfèrent nettement l'incision vaginale à la laparotomie.

Depuis cette importante discussion, les opinions se sont un peu modifiées. C'est ainsi qu'au dernier Congrès de Chirurgie, M. Terrier a communiqué deux cas de suppurations pelviennes traités par l'incision vaginale simple et guéris depuis 18 mois, et il ajoute : « Peut-être aurions-nous pu recourir à l'incision vaginale dans un nombre de cas un peu plus grand ; la persistance du maintien de la guérison nous engage à le faire dans l'avenir. » (1)

Mon maître Segond (2) s'est complètement rallié à la formule de Bouilly et, dans bien des cas, l'incision vaginale lui a donné des succès parfaits.

Au congrès de Bruxelles, M. Goullioud a de nouveau défendu, avec chaleur, la pratique de son maître le professeur Laroyenne. MM. Sneguireff et Goubarow (3) et M. Madden (4) ont également plaidé la cause de l'incision vaginale. J'ai dit dans quelles conditions bien nettes elle était recommandable ; j'ajouterai que s'il persiste une fistule il faut extirper la poche ; cette pratique me semble moins dangereuse que l'injection d'une solution de chlorure de zinc (5), dans les cavités fistuleuses.

Les résultats immédiats de l'incision vaginale sont des plus rassurants. Sur 130 cas, Goullioud (6) n'a observé que 2 morts.

(1) F. Terrier et H. Hartmann. — Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. *Ann. de Gyn.* 1893. t. XXXIX, p. 430.

(2) P. Segond. — *Traité de chirurgie*, Paris 1892, t. VIII, p. 576. — *Congrès périodique et international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894. Rapport sur les suppurations pelviennes, p. 37, et *Ann. de Gyn.*, 1892, t. XXXVIII, p. 90.

(3) Sneguireff et Goubarow. — Traitement chirurgical des inflammations du tissu cellulaire du bassin. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 87.

(4) More-Madden. — *Ibid.* p. 225.

(5) Laroyenne. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, t. XVI, p. 569.

(6) P. Goullioud. *Arch. de Toc.*, 1891, p. 800.

M. Routier (1), sur 17 cas, a eu 2 morts, mais les deux malades qui ont succombé ont été opérées in extremis. C'est donc une mortalité de 2.72 °/o pour ces deux statistiques réunies.

Le seul accident grave de l'opération paraît être surtout l'hémorrhagie. Les blessures du rectum, observées plusieurs fois par M. Goullioud, me semblent devoir être facilement évitées, si l'on incise, sous les yeux, couche par couche et non pas à l'aveugle avec un métrotome. C'est aussi le meilleur moyen d'éviter ou d'arrêter les hémorrhagies.

Les accidents tardifs, outre les récidives, sont surtout des fistules parfois intarissables (deux ans dans un cas de Monod) (2).

Il est assez difficile de porter un jugement sur les résultats éloignés de cette opération ; M. Goullioud n'a pu revoir que 27 malades opérées depuis 5 ans à 15 mois ; 16 seulement sont absolument guéries, 5 sont dans un état très satisfaisant, 2 ont récidivé, 3 ont subi secondairement l'ablation des annexes, 1 est un insuccès. Mais que sont devenues les 101 autres malades guéries opératoirement ?

En résumé, l'incision vaginale pour lésions inflammatoires kystiques des annexes, mérite d'être conservée mais seulement pour les cas bien définis par M. Bouilly « de poche unique, unilatérale, accessible par le vagin, uniformément ramollie et fluctuante. »

La coexistence d'une grossesse avec une collection purulente est une indication de l'incision vaginale, quand elle est possible. Goullioud rapporte un cas (obs. I), où la malade a continué sa grossesse et a accouché d'un enfant vivant, et un cas (obs. XXI) où la malade a avorté.

Elle devra être rejetée dans tous les cas de collection située loin du cul-de-sac postérieur (3). Dans un cas (obs. XIII de Goullioud) (4), M. Laroyenne n'a pas hésité à aller ponctionner

(1) Routier. Cité par Lafourcade. De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. *Th. de Paris*, 1893, p. 65.

(2) Ch. Monod. *Bull. et Mém. de la Société de chir.* 1890, t. XVI, p. 530.

(3) P. Delbet. Des suppurations pelviennes, 1891, p. 314.

(4) P. Goullioud. *Loc. cit.*, 790.

et débrider une collection « étendue derrière la branche gauche du pubis » et non adhérente, puisqu'elle « pouvait être renversée en arrière avec l'utérus. » Heureusement la trompe contenait du sang et non du pus, la malade guérit. Pareille conduite ne saurait être imitée ; de tels cas en effet ne sont justiciables que d'une intervention : la laparotomie.

Pour peu qu'on ait des doutes sur la multiplicité des poches ou leur bilatéralité, l'incision vaginale sera à la fois évacuatrice et exploratrice. Elle sera *évacuatrice* pour la collection qui bombe dans le cul-de-sac, *exploratrice* en permettant par la brèche qu'on vient de créer, de se rendre un compte exact de l'état des annexes. Dans tous les cas de poches multiples et bilatérales, le chirurgien devra pratiquer, séance tenante, l'hystérectomie vaginale qui seule permettra un drainage suffisant, ou une extirpation totale des lésions.

e) Laparotomie vaginale. — L'ablation, par l'incision du cul-de-sac postérieur, de petites tumeurs annexielles a été préconisée par Gaillard Thomas (1) et par Byford (2). En France, elle a donné des succès à un certain nombre d'opérateurs, Péan, Bouilly, Terrillon. Mon maître Picqué l'a défendue avec chaleur (3). En Allemagne, Gottschalk (4) s'en déclare partisan, en cas d'ovarites suppurées, toutes les fois que le siège de la tumeur le permet.

Tout récemment, M. Goullioud en a de nouveau vanté les bienfaits (5). Sa communication s'appuie sur dix cas, dont huit ont été suivis d'une guérison complète et deux d'une amélioration sensible. M. Goullioud n'extirpe par voie vaginale que les petits

(1) Gaillard-Thomas. Traité des maladies des femmes, p. 680.

(2) Byford. Removal of the uterine appendages for small ovarian tumors by vaginal section. *Amer-Jour. of Obst.* Avril 1883 et Mars 1892.

(3) Picqué. in Bonnecaze. Valeur et indications de l'incision vaginale, etc. *Th. de Paris*, 1889.

(4) Gottschalk. Soc d'obst. et de Gyn. de Berlin, 13 févr. 1891. *Centr. f. Gyn.* 1891, n° 13, p. 26.

(5) P. Goullioud. — Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. *Lyon Méd.* 1893. Nos 5 et 6.

pyosalpinx unilatéraux et trop peu fixés dans un cul-de-sac pour être simplement incisés. « Chez nos malades, dit-il, la lésion était unilatérale : elles ne souffraient que d'un côté et le palper bimanuel ne révélait qu'une salpingo-ovarite ou tout au moins une lésion prédominante à droite ou à gauche; » existe-t-il un doute sur la bilatéralité des lésions ? « la laparotomie conserve alors toute sa supériorité, malgré les faits d'incision vaginale exploratrice, malgré la possibilité de transformer, séance tenante, la salpingectomie en une hystérectomie avec double ablation des annexes. » Cette méthode n'est pas exempte de danger. J'ai vu, dans un cas, mon maître Picqué ne pouvoir ni pincer le pédicule des annexes droites décortiquées ni extirper les annexes gauches, très adhérentes. Quelques mois plus tard, il fit à la malade une laparotomie qui la guérit. M. Goullioud a dû (observation II de son mémoire) pratiquer séance tenante une laparotomie pour assurer l'hémostase. A tout prendre, je crois que dans les cas de lésions annexielles unilatérales, même très peu volumineuses, l'opération de choix est la laparotomie sus-pubienne. La laparotomie vaginale doit rester une opération d'exception, presque de nécessité, dans les cas rares, ou pratiquée en tant qu'incision exploratrice, comme premier temps de l'hystérectomie vaginale, elle permet de reconnaître l'intégrité absolue des annexes d'un côté. De toute façon, cette méthode est absolument contre-indiquée quand les annexes sont malades des deux côtés. L'ablation par le vagin de lésions annexielles bilatérales (1), sans ablation préalable de l'utérus, est une mauvaise opération, qui ne soutient le parallèle ni avec la laparotomie ni avec l'hystérectomie.

d) Laparotomie sous-péritonéale. — Cette intervention, dont l'idée première appartient à Bardenheuer (2), a été préconisée

(1) Laroyenne. — De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite. *Ann. de Gyn.* 1893, t. XL, p. 5.

(2) Bardenheuer. — Der extra-peritoneal Explorativschnitt. Stuttgart, 1887.

en France par mon maître Pozzi (1), qui en donne la description suivante :

« Il faut d'abord se rendre compte par le toucher et l'exploration bimanuelle des connexions exactes de l'abcès. On fait alors, à un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres, allant, couche par couche, jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On décolle la séreuse avec les doigts comme dans la ligature de l'iliaque externe, en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis. Le péritoine est maintenu soulevé en dedans par un large rétracteur ou les doigts d'un aide, tandis que l'opérateur, portant l'index au fond de la plaie, tâche de sentir la résistance de l'abcès. On arrive ainsi, peu à peu, jusqu'à la base du ligament large dans la partie la plus profonde de la cavité pelvienne. Quand on a atteint le foyer purulent qu'on reconnaît à sa fluctuation, on l'incise, on déterge soigneusement sa cavité et on draine soit par le vagin, soit par la paroi abdominale. »

Cette opération a donné des succès remarquables à mes maîtres Pozzi et Picqué ; elle a même permis à mon maître Segond de pratiquer l'ablation complète d'un pyosalpinx (2). Ses indications sont devenues beaucoup plus restreintes depuis qu'on fait mieux la laparotomie ; je crois que l'hystérectomie vaginale finira de la déposséder des cas exceptionnels pour lesquels elle semblait moins grave que l'intervention transpéritonéale.

e) Incisions par les voies sacrée et périnéale. — Je serai bref sur les méthodes de traitement des lésions des annexes par voie *sacrée* ou *périnéale*, parce que, suivant la très juste remarque de mon maître Segond, les indications de ces incisions complexes semblent régulièrement exceptionnelles, de l'aveu même de leurs défenseurs ; et il est douteux qu'elles soient jamais de nature à faire préférer les larges débridements que nécessitent la *périnéotomie* ou la résection *sacro-coccygienne*, aux conditions vraiment

(1) S. Pozzi. — De la laparotomie sous-péritonéale, etc... *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 14 avril 1886. — *Traité de Gyn.*, 2e édit., p. 697.

(2) P. Segond. *Congrès français de Chir.*, 1891, p. 188.

si parfaites dans lesquelles nous placent la *laparotomie* ou *l'intervention par les voies naturelles.*

Voie sacrée. — Plusieurs procédés ont été proposés. E. Zuckerkandl (1) et Wölfler (2) font une incision *para-sacrée* profonde commençant à 1 ou 2 centimètres en dehors du sacrum et du coccyx et se dirigeant en bas, pour se terminer à 2 ou 3 centimètres de la fourchette. Par cette incision on pénètre dans la fosse ischio-rectale, on fend le releveur de l'anus et on tombe sur le cul-de-sac péritonéal.

Wölfler enlève toujours le coccyx.

Wiedow (3) a le premier appliqué la méthode de Kraske, ou résection temporaire ou définitive du coccyx et du sacrum, au traitement des suppurations pelviennes. Il n'a trouvé que de rares imitateurs (4).

Voie périnéale. — Cette voie a été proposée depuis longtemps par Hegar (5). On aborde le périnée de deux façons :

1° *Périnéotomie verticale.* — Hegar conseille de faire une incision verticale de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx. Sänger (6) fait une incision plus longue qui commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre pour finir à 2 centimètres en dehors de l'anus.

2° *Périnéotomie transversale.* — Préconisée par Otto Zuckerkandl (7) et indiquée par Sänger, cette opération a été défendue, au congrès de Bruxelles, par M. Willems (8), de Gand.

(1) E. Zuckerkandl. *Wien. klin. Woch.* 1889, p. 276 et 356.

(2) Wölfler. *Ibid.*, p. 296.

(3) Wiedow. 3e Congrès des Gynécologues allem. Fribourg, 1889. *Centr. f. Gyn.* 1889, N° 30, p. 520. — *Berl. Klin. Woch*, 1889, n° 18, p. 202.

(4) M. Saenger *Centr. f. Gyn.* 1889, n° 31, p. 542. — Saxtorph (*de Copenhague*). *Hosp. Tid* 1890, p. 1245, 1265, et 1891, p. 73. — H. Morestin. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. *Th. de Paris*, 1894, p. 316.

(5) Hegar et Kaltenbach. Traité de Gyn. opér. (trad. franç. de Bar.), p. 464.

(6) M Saenger. *Archiv. f. Gyn.* 1890. Bd XXXVII, p. 100.

(7) O. Zuckerkandl. *Wien. klin. Woch.* 1889, p. 243.

(8) Willems. *Congrès périodique internationat de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles. 1894, p. 87.

L'incision va d'un ischion à l'autre ; aux deux extrémités elle se dévie en bas et de dedans en dehors, de façon à donner au lambeau postérieur une forme trapézoïde. On décolle les tissus et on arrive ainsi au cul-de-sac de Douglas, dont le contenu est évacué.

f) Amputation supra-vaginale. — Tout récemment M. Chaput (1) a proposé une opération à laquelle il a donné le nom d'*amputation supra-vaginale avec section médiane totale et drainage abdomino-vaginal.* Cette opération est destinée, dans la pensée de l'auteur, auquel elle a donné un succès, aux salpingites adhérentes dont la décortication simple *laisserait une surface utérine saignante, difficile à hémostasier.* Pour éviter ce danger, M. Chaput pratique, en même temps que l'ablation des poches suppurées, l'ablation supra-vaginale de l'utérus. Voici comment il procède :

Le ventre étant ouvert, il fait la section médiane totale de l'utérus et sur chaque pédicule utérin, au niveau du col, il place une ligature élastique. Puis chaque moitié de l'utérus est réséquée entraînant avec elle le pyosalpinx correspondant dont le pédicule membraneux est lié à la soie. Un tube en caoutchouc de fort calibre est conduit de la plaie abdominale dans le vagin, établissant ainsi un sérieux drainage abdomino-vaginal.

Dans l'unique cas auquel M. Chaput a appliqué cette méthode nouvelle, il a obtenu une guérison complète ; au bout d'un mois, la ligature s'est éliminée par le vagin.

On ne saurait nier qu'une opération qui combine à l'ablation d'un double pyosalpinx adhérent une amputation supra-vaginale de l'utérus avec pédicule rentré, ne soit une opération grave. Pour justifier une intervention aussi sérieuse, M. Chaput donne les raisons suivantes :

« Je pouvais, dit-il, faire la décortication simple de la tumeur, mais elle m'aurait laissé une surface utérine saignante

(1) Chaput. — Sur un procédé opératoire applicable aux grosses salpingites très-adhérentes à l'utérus. *Journ. de Méd. de Paris*, 1893, p. 36.

dont l'hémostase eût été des plus difficiles. » Or, ces hémorrhagies sont-elles si difficiles à arrêter? Bien des fois, dans des cas analogues, au cours de laparotomies laborieuses faites par mon maître Pozzi, j'ai vu l'utérus saigner au niveau de ses adhérences rompues : toujours l'écoulement de sang a cédé à un Mickulicz bien fait. Si l'on songe en outre que, dans le cas de M. Chaput, la trompe droite seule adhérait à l'utérus, et, que la gauche fut facilement attirée au dehors et pédiculisée, on comprendra difficilement que ce chirurgien n'ait point fait d'abord une salpingectomie classique, quitte à terminer par une hystérectomie abdominale complémentaire, si les circonstances l'y avaient poussé.

Les raisons pour lesquelles M. Chaput a repoussé l'hystérectomie dans le cas précité méritent de nous arrêter : « L'hystérectomie, dit-il, est une opération pleine de dangers et de surprises désagréables : on perd des malades par *hémorrhagie* : la *septicémie* est la principale cause de mort ; elle expose à la blessure de l'*intestin grêle*, du *côlon pelvien*, parfois du *cæcum*; l'*uretère, la vessie* surtout sont souvent perforés. Enfin, l'opération laisse dans le ventre des poches entières ouvertes ou intactes. N'oublions pas non plus que le traitement consécutif de cette opération est difficile et délicat. » Et plus loin, « j'aurais pu faire l'hystérectomie vaginale immédiate, ce qui eût été *fort ennuyeux* ; en outre, je considère cette opération comme plus dangereuse que la laparotomie proprement dite. » Tout ce que j'ai dit plus haut des complications opératoires de l'hystérectomie vaginale me dispensent de répondre aux premières objections ; dangers de septicémie, d'hémorrhagie et de blessure des organes pelviens. Quant au dernier argument : « faire l'hystérectomie immédiate eût été fort ennuyeux », il est d'un ordre trop spécial et trop personnel pour que je puisse le discuter.

En somme, l'opération de M. Chaput, qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle a été faite deux fois avec succès par Orthmann (1)

(1) Orthmann. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin*, 13 juillet 1888. *Répert. d'Obst. et de Gyn.*, 1889, p. 159.

et par Sacré (1), en 1888, ne saurait être qu'une opération d'exception. Au lieu de la pratiquer d'une façon systématique, dans les cas analogues à celui de M. Chaput, il y aurait intérêt, je pense, à toujours débuter par l'ablation des annexes et ne faire l'hystérectomie que si la friabilité de l'utérus ou son hémostase en rendaient l'extirpation nécessaire. Mon maître Pozzi (2) a dû agir ainsi dans un cas.

g) Hystérectomie vagino-abdominale avec suture hermétique du péritoine (*Hystérectomie vagino-abdominale fermée*). — C'est encore M. Chaput (3) qui, le premier en France, a eu l'idée de substituer cette intervention à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginale pour le traitement des lésions suppurées des annexes. Voici comment il procède :

« On fait d'abord une toilette soignée suivie d'une désinfection complète de la vulve et du vagin. Le canal utérin est désinfecté soit par le curage, soit par une injection intra-utérine de teinture d'iode avec la seringue de Braun. Je place ensuite deux écarteurs, je saisis le col avec deux pinces érignes et je pratique avec des ciseaux courbes une incision circulaire autour du col. Avec le doigt, je décolle les tissus en avant et en arrière de l'utérus, puis, je coupe les parties inférieures des deux ligaments larges, sur une hauteur de deux à trois centimètres, après avoir fait préventivement l'hémostase avec quelques pinces de Péan à mors courts.

L'opération vaginale est terminée ; je me lave de nouveau les mains et je procède à la laparotomie. L'abdomen étant ouvert, je saisis le fond de l'utérus avec une forte érigne et je le tire en haut et en arrière ; j'incise aux ciseaux le cul de sac vésico-utérin, le plus haut possible, et, décollant le lambeau péritonéal, je rejoins la cavité vaginale ; avec une pince je crève le cul-de-sac de Douglas. Je pratique alors la section des ligaments larges en les chargeant sur trois pinces ; la première est placée en dehors des annexes, les deux autres sur la partie moyenne des ligaments larges, la partie

(1) Sacré. — *Soc. belge d'Obst. et de Gyn.*, 16 juillet 1888. *Ibid.*, p. 551.
(2) S. Pozzi. — *Traité de Gynécologie*, 2e édit., p. 670.
(3) Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.

inférieure de ces ligaments ayant été pincée et coupée par le vagin. L'utérus et les annexes se trouvent ainsi enlevés en bloc. Je remplace alors les pinces par des ligatures à la soie, je fais la toilette du bassin et je procède à la suture du péritoine. » Pour cette suture, M. Chaput se sert d'une pince spéciale très ingénieuse. Il ne draine que s'il y a eu épanchement de pus dans le ventre. Le vagin est tamponné avec une mèche de gaze iodoformée.

M. Delagénière (1) a communiqué récemment, à la Société de chirurgie, un cas d'hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx. Il ne fait pas, comme M. Chaput, la désinsertion du col par le vagin, mais exécute tous les temps de l'intervention par l'abdomen.

L'avis unanime des chirurgiens qui prirent la parole à propos de cette communication, MM. Pozzi, Routier, Reclus, Segond, Lucas-Championnière et Reynier, fut qu'il était excessif d'ériger en procédé de choix, une manœuvre de nécessité. Mon maître Pozzi, rappelant à juste titre que cette intervention était depuis longtemps pratiquée, en Amérique, par Polk, Krug et Baldy (2), me semble avoir donné la raison véritable des préférences des chirurgiens américains, c'est qu'ils connaissent mal l'hystérectomie vaginale par morcellement.

D'ailleurs M. Chaput, qui avait fait sa première communication, après six succès consécutifs, avoua que son enthousiasme s'était notablement refroidi à la suite d'un récent décès.

En somme, l'hystérectomie abdominale totale pour lésions annexielles suppurées ne sera jamais qu'une ressource exceptionnelle, en cas d'hémorrhagie sérieuse au niveau de l'utérus, au cours d'une salpingectomie classique.

h) De la laparotomie sus-pubienne proprement dite. — Au fond ce n'est point avec les opérations multiples que je viens d'énumérer et dont j'ai essayé de poser les indications respectives

(1) H. Delagénière. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1894, t. XX, p. 157.

(2) Discussion sur l'ablation de l'utérus dans les maladies des annexes. *Am. J. of. Obst.* 1893, p. 704.

ou de démontrer la gravité et l'inutilité que l'opération de Péan a été mise en parallèle; c'est entre laparotomistes et hystérectomistes que le débat est circonscrit.

Je n'ai pas à décrire ici le manuel opératoire de la laparotomie pour lésions inflammatoires ou suppurées des annexes. C'est aujourd'hui une opération courante que chacun a vu pratiquer. Je dois cependant signaler les modifications récentes apportées à la technique de cette intervention ; à ce point de vue, on trouve chez des opérateurs d'égale valeur des divergences absolues.

Le plus grand nombre, (Terrier, Hartmann (1), Bouilly, Delagenière, etc.), emploient d'une façon systématique la position déclive (2) ; c'est sous le contrôle de la vue qu'ils détachent aux ciseaux ou au bistouri, les tumeurs annexielles de leurs adhérences intestinales ou pelviennes.

Les autres, dont Lawson-Tait, mes maîtres Pozzi (3), Picqué, Segond, opèrent sans y voir, s'en rapportant exclusivement au toucher pour décortiquer les annexes avec les ongles. Si l'adhérence d'une poche tubaire à l'intestin est trop intime, on attire l'anse intestinale hors du ventre et on la dissèque aux ciseaux ou au thermocautère (4). En résumé, ces chirurgiens ne contrôlent par la vue les sensations que leur donne le toucher, que dans des cas exceptionnels.

Quelle est des deux techniques celle qu'on doit préférer? La question est assez difficile à trancher. MM. Terrier et Hartmann ont opéré depuis 1891, sous le contrôle de la vue, 68 pyosalpinx avec 3 morts, soit 4.4 °/₀ de mortalité. Mon maître Pozzi, par sa méthode, a opéré 95 pyosalpinx avec 6 morts, soit 6.3 °/₀.

La mortalité diffère trop peu pour qu'il soit possible d'en

(1) Terrier et Hartmann. — *Congrès français de chirurgie*, 1893, in *Méd. moderne* 1893, n° 29, p. 352.

(2) H. Delagénière. — Du plan incliné dans certaines laparotomies. *Prog. méd.*, 14 et 21 mars 1891.

(3) S. Pozzi. — *Loc. cit.* p. 664.

(4) S. Pozzi et E. Baudron. — *Revue de Chir.*, août 1891, p. 634.

tirer un argument en faveur de la première méthode contre la seconde.

Au point de vue du drainage, MM. Terrier et Pozzi sont d'accord. L'un et l'autre, ils en usent largement. Au dernier Congrès de Breslau, Schauta, Léopold, et Sänger s'en sont déclarés partisans convaincus. Il suffit, d'ailleurs, de lire la remarquable communication de Schauta (1) pour reconnaître combien cette manœuvre a d'importance et de valeur en cas de lésions suppurées. Prenant des cas analogues au point de vue de la virulence du pus, Schauta a eu une mortalité de 16.6 °/₀ dans les cas drainés, de 40 °/₀ dans les cas non drainés.

Ces généralités dites sur le manuel opératoire de la laparotomie, j'aborde le parallèle de cette opération avec l'hystérectomie.

L'opération de Péan est-elle supérieure à l'opération de Lawson Tait ? — « La castration utéro-ovarienne doit être préférée à la castration ovarienne par laparotomie pour trois raisons principales : 1° *L'opération est moins grave;* 2° *elle donne des guérisons plus parfaites;* 3° *elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne* (2). »

A ces arguments de mon maître Segond, les laparotomistes répondent :

1° *La laparotomie n'est pas plus grave que l'hystérectomie;* 2° *elle donne des guérisons parfaites dont le temps a consacré la durée*; 3° *elle est plus complète que l'hystérectomie,* car si elle laisse en place un utérus inutile, l'hystérectomie abandonne de parti pris, les poches qu'elle ne permet pas d'énucléer; 4° *elle n'expose pas à la blessure d'organes aussi importants que la vessie*, l'*uretère*, le *rectum*, l'*intestin grêle*, etc.; 5° c'est *une opération de contrôle* qui permet de s'arrêter à temps et de garder à la femme sa fécondité, si c'est possible ; 6° enfin, la *cicatrice*

(1) Schauta. *Communication au 5e Congrès de la Société allemande de Gynécologie de Breslau*, mai 1893. *Centr. f. Gyn.*, 1893, N° 22, p. 502.

(2) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891. t. XVII, p. 153.

n'est plus une difformité, grâce aux perfectionnements de la suture, qui rendent inutile le port d'une ceinture.

Tels sont, je crois, exactement résumés, les arguments que les apôtres des deux opérations ne cessent de s'opposer. Voyons un peu ce qu'ils ont de solide.

A. *De la cicatrice.* — Je commence par l'argument *cicatrice*, et, sur ce point spécial, je suis bien à l'aise. La cicatrice, lorsqu'on fait de petites incisions et qu'on les répare par une suture à étages, telle que mon maître Pozzi (1) l'a préconisée et perfectionnée récemment, est réduite à son minimum de traces et d'inconvénients. Les hernies ultérieures ne sont jamais à craindre, la ligne de suture donne au doigt la sensation d'un raphé solide que la pression intestinale ne peut forcer. Extérieurement, c'est en général sur la peau une simple ligne à peine visible tranchant par sa teinte plus pâle sur les téguments voisins, parfois une traînée chéloïdienne ; rarement une surface étoilée, très pigmentée. Dans la plupart des cas, le port d'une ceinture est inutile. Ainsi perfectionnée, la cicatrice ne saurait être une difformité vraiment chagrinante pour les opérées et la guérison complète est peu chère au prix d'une si légère trace de la main du chirurgien. Mais enfin, à tout prendre, entre la plus parfaite, la moins visible des cicatrices, mieux vaut n'en point avoir, et, peut-être faudrait-il tenir un peu plus compte des préférences des malades dont l'opinion, en pareille matière, a bien sa valeur. Et puis, il faut compter avec les cas exceptionnels mais réels, où la cicatrice suppure, avec les cas très fréquents, où l'on draine et où forcément l'angle inférieur de la plaie est un point faible. MM. Terrier et Hartmann ont relevé six fois de légères éventrations sur cinquante-neuf cas chez des femmes drainées.

D'ailleurs, pour qu'une cicatrice abdominale ne devienne pas une difformité, il faut qu'elle soit réduite aux plus petites

(1) S. Pozzi. Note sur la suture perdue, etc. *Congr. franç. de Chir.* 1888, p. 515. — Suture intra-dermique, nouveau procédé de suture de la peau. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1894, t. XX, p. 145.

dimensions possibles. Mon maître Pozzi (1) a présenté au Congrès français de chirurgie de 1891, des malades auxquelles il avait pu extirper, avec succès, de volumineux pyosalpinx, par des incisions variant de six à huit centimètres. Mais aujourd'hui, où l'on tend à opérer sous le contrôle de la vue, dans la position déclive, les incisions s'étendent du pubis à l'ombilic et celles-là méritent au moins d'être qualifiées de légères difformités.

B. *Du diagnostic.* L'argument diagnostic a certainement une grosse valeur, mais il conviendrait cependant de le réduire à ses justes proportions.

« Il semble, disait à Bruxelles, M. Richelot (2), que le diagnostic des affections abdominales soit devenu tout à coup impossible. Des auteurs, qui écrivaient de longues pages, il y a quelques années, pour nous dire qu'on doit reconnaître la place, le volume, la direction des organes avec une précision mathématique, prétendent aujourd'hui qu'on ne sait jamais ce qu'il y a dans le ventre. »

S'il est incontestable, ainsi que l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière (3), qu'il est impossible de diagnostiquer dans les annexes la présence du pus, il n'en est pas moins vrai qu'on peut toujours diagnostiquer si, oui ou non, les annexes sont malades. Pour avoir cette certitude, il faut toujours contrôler son diagnostic par un second examen sur la table d'opération, la malade étant anesthésiée. C'est la pratique ordinaire de mes maîtres Pozzi et Segond, et je les ai toujours vus trancher nettement le seul point important du diagnostic : les annexes doivent-elles être enlevées ou conservées ? Qu'importe que la poche contienne du sang, de la sérosité ou du pus ? que la lésion prédomine dans l'ovaire ou dans la trompe ? Ce sont là des détails de diagnostic qu'on doit sans doute s'efforcer

(1) S. Pozzi. *Congrès français de Chir.* 1891, p. 210.

(2) G. Richelot. *Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique*, Bruxelles, 1894, p. 107.

(3) L. Championnière. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* 1892. t. XVIII, p. 62.

de préciser, mais dont l'importance est vraiment secondaire dans l'espèce. Pendant deux années d'internat passées dans le service de Lourcine-Pascal, je n'ai jamais vu une seule fois mon maître Pozzi réformer après laparotomie un diagnostic opératoire porté sous chloroforme. Je puis affirmer d'autre part que jamais mon maître Segond n'a enlevé, après hystérectomie, des annexes qu'un laparotomiste même très conservateur eût respectées.

Est-il donc vraiment si difficile de diagnostiquer les lésions annexielles ? Autrefois une pareille affirmation eût soulevé les protestations légitimes de tous les gynécologues, aujourd'hui, et, parce que c'est un argument sérieux contre l'hystérectomie, on insiste à tout propos sur la difficulté d'établir un diagnostic ferme, avant de prendre le bistouri. Chose étrange, ceux-là mêmes qui insistent le plus sur l'impossibilité d'un diagnostic préopératoire certain, citent des cas où la laparotomie leur a permis de vérifier les diagnostics les plus minutieux et les plus perfectionnés. C'est ainsi que M. Pichevin (1), dans un article contre l'hystérectomie, parle d'un cas où il a pu porter le diagnostic de tumeur ovarique d'un côté et de kyste du ligament large de l'autre. M. Pichevin prouve tout simplement que de tels diagnostics ne sont pas au-dessus des forces humaines et l'argument qu'il en veut tirer contre l'hystérectomie tombe de lui-même.

D'ailleurs, dans tous les cas douteux, le chirurgien a le devoir de commencer l'hystérectomie par l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. Mon maître Segond a pratiqué pour la première fois l'exploration des annexes par le cul-de-sac postérieur, le 1er mars 1891 (obs. 29). A plusieurs reprises, cette conduite lui a permis de borner son intervention à une simple élytrotomie (2).

Faut-il en conclure que, dans tous les cas, la boutonnière rétro-utérine exploratrice s'impose, ainsi que le conseille M. Routier (3)? Je ne le crois pas : le plus souvent elle est superflue, le diagnostic d'annexite bilatérale n'étant pas douteux. Mais il est juste de recon-

(1) PICHEVIN. A propos de la castration utérine. *Méd. Moderne*, 1891, p. 848.
(2) P. SEGOND. *Bull et Mém. de la Soc. de Chir.* 1892, t. XVIII, p. 53.
(3) ROUTIER. Du traitement des suppurations pelviennes. *Congrès français de Chir.* (*6e session*). Paris 1892, p. 228.

naître que cette incision exploratrice supprime un des arguments les plus sérieux qui aient été opposés à l'opération de Péan. Tout ce qu'on a pu dire ou écrire sur le premier coup de bistouri entraînant fatalement la perte de la fécondité, sur l'hystérectomie exploratrice, tout cela tombe de soi-même. Sans doute l'exploration vaginale n'aura jamais la valeur, la perfection de l'exploration sus-pubienne, mais elle n'en reste pas moins suffisante pour que l'opération de Péan ne soit plus une « opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. » (1).

C. *De la blessure des divers organes pelviens.* — La laparotomie n'expose pas comme l'hystérectomie à la *blessure d'organes importants*, tels que *la vessie, l'uretère, le rectum, l'intestin grêle, les artères* qui irriguent l'utérus. Il est impossible de trouver un seul mémoire, un seul article français ou étranger, publié contre l'hystérectomie en faveur de la laparotomie, où cette phrase ne soit reproduite presque textuellement. Cette obsession poursuit même certains esprits au point de leur faire écrire : « si, dans ce cas, (il s'agit d'un cas de laparotomie suivie de mort), nous avions fait l'hystérectomie, nous aurions *peut-être* ouvert le rectum, *très probablement* l'anse intestinale qui adhérait au pédicule tubaire gauche et *certainement* celle qui faisait corps avec la partie supérieure du ligament large droit et avec le fond de l'utérus (2) ».

J'ai exposé, dans un chapitre précédent, la fréquence des accidents opératoires au cours de l'hystérectomie, je rappellerai simplement ici que sur les 200 observations de mon maître Segond relatées dans ce mémoire :

L'uretère n'a jamais été lésé.
La vessie a été ouverte 5 fois.
L'intestin grêle a été lésé 2 fois.
Le rectum a été ouvert 4 fois par le chirurgien.

Au point de vue des lésions de l'*intestin*, la laparotomie n'a

(1) S. Pozzi. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* 18 avril 1891, p. 183.

(2) Mauclaire et Pichevin. Suppuration pelvienne unilatérale. — Ablation des annexes. Récidive du côté opposé, laparotomie. — Mort. — Comparaison avec l'hystérectomie vaginale. *Bull. Soc. Anat.* 1893, t. VII, p. 175.

rien à envier à l'hystérectomie. Si je prends la statistique de MM. Terrier et Hartmann (1), je trouve que sur 96 cas, ces chirurgiens ont déchiré 18 fois l'intestin (obs. VI, VII, VIII, IX, XII, XVI, XXII, XXVII, XXVIII, XXXIV, XXXVII, XXXIX, XLII, XLVI, XLVII, LX, LXVII, LXXIII). Sur ces 18 fistules, 17 ont été faites au cours de la décortication de pyosalpinx dont certainement on aurait respecté les adhérences par l'hystérectomie. Une seule fistule se serait également produite avec l'hystérectomie. Dans un cas, en effet (obs. VII), il préexistait une perforation de l'appendice iléo-cœcal, et, aussi bien après l'hystérectomie qu'après la laparotomie, cette perforation serait restée fistuleuse.

De ces 18 déchirures intestinales, dont 17 sont imputables à la laparotomie, 5 seulement persistent encore et constituent pour les malades qui les portent une infirmité pénible (obs. XXVIII, XXXIX, XLII, XLVI, XLVII).

2 ont été immédiatement suturées (obs. LX, LXXIII).

9 se sont spontanément fermées au bout d'un temps variant de quelques jours à 14 mois (obs. VI, VII, VIII, XII, XVI, XXVII, XXXIV, XXXVII, LXVII).

1 a été guérie après dilatation (obs. XXII).

1 enfin a entraîné la mort au 4[me] jour (obs. IX).

Dudley (2) a réuni dans un travail intéressant 74 cas de fistules intestinales consécutives à la laparotomie, dont 33 après ablation d'annexes.

Il est donc au moins injuste d'accuser l'hystérectomie d'exposer à la blessure fréquente de l'intestin : surtout si l'on oppose aux chiffres de MM. Terrier et Hartmann, 18 fistules sur 96 cas ou 18 o/o, les chiffres de M. Segond, 6 déchirures faites par le chirurgien sur 200 cas, soit 3 o/o, et ceux de Lafourcade, 3 fistules sur 138 cas, soit 2 o/o.

(1) Terrier et Hartmann. Remarques cliniques, etc. *Ann. de Gyn.* 1893, t. XXXIX, p. 47 et Statistique de ce Mémoire.

(2) Dudley. — *Amer. Journ. of Obst.*, février 1892.

Les blessures de la *vessie* sont exceptionnelles au cours de la laparotomie pour lésions inflammatoires des annexes ou, du moins, il n'existe que de rares observations publiées.

Les mémoires d'Eustache de Lille (1), de G. Thomas (2), de Terrillon (3), les observations d'Atlee (4), de S. Pozzi (5), de Julliard (6), de Boeckel (7) ont trait à des blessures de la vessie dans l'ovariotomie.

J. Reverdin (8) a publié un cas où la vessie fut ouverte d'un coup de ciseaux donné pour compléter l'incision abdominale. Au congrès de Gynécologie tenu à Halle en 1888, Sänger a fait une communication sur les lésions de la vessie au cours de la laparotomie. Il insiste sur les deux façons de blesser cet organe, soit qu'on l'incise en prolongeant par en bas la section des parois abdominales, soit qu'on le déchire en rompant des adhérences (9).

Le travail le plus complet paru sur la question est celui de Jacksonn (10) qui a réuni 67 cas de blessure de la vessie au cours de diverses laparotomies, dont 6 pour ablation d'annexes suppurées.

Enfin tout récemment, un chirurgien de Bordeaux (11) a publié un cas de résection presque totale de la vessie pendant une laparotomie pour salpingo-ovarite double et rétroflexion adhérente. La

(1) Eustache (de Lille). — Association française pour l'avancement des sciences (Montpellier) 1879.

(2) G. Thomas. — *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1882, t. VI, p. 258.

(3) O. Terrillon. — Rapport des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires. *Ann. des org. génito-urin.*, 1884, p. 1.

(4) Atlee. — *Amer. Journ. of med. Sciences.* 1883, t. LXXXV, p. 119.

(5) S. Pozzi. — Suture de la vessie pour une très grande plaie extra et intra-péritonéale. Guérison. *Ann. des Org. génit.-urin.* 1883, p. 345.

(6) Julliard. — Suture de la vessie. *Rev. méd. de la Suisse romande.* Janv. 1883, p. 27.

(7) J. Bœckel. — Traumatisme de la vessie dans l'ovariotomie. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er Nov. 1885.

(8) J. Reverdin. — Incision de la vessie au cours d'une ovariotomie. Suture complète immédiate. Guérison. *Ann. des Org. génit.-urin.* 1886, p 17.

(9) Sænger. — Communication au Congrès de la Société allemande de Gynécologie tenu à Halle. 1888. *Ann. des Org. génit.-urin.* 1888, p. 503.

(10) A. Jacksonn. — *The Journ. of the Amer. Assoc.* 22 février 1890.

(11) E. Loumeau. — Résection involontaire de la vessie au cours d'une laparotomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, n° 3', p. 372.

vessie prise pour une masse d'adhérence fut réséquée d'un coup de ciseaux, sauf le bas-fond sur une étendue d'un « dé à coudre. »

C'est là sans doute un fait exceptionnel et l'on ne saurait trop féliciter son auteur de l'avoir publié. Il prouve au moins qu'on peut léser la vessie par la laparotomie. On a dû la blesser bien plus souvent sans doute au début de cette opération, quand la technique en était moins bien réglée. Elle est d'ailleurs peu lésée dans l'hystérectomie vaginale, puisque mon maître Segond n'a eu à déplorer cet accident que 5 fois sur 200 cas, soit 2.5 %.

La blessure de *l'uretère* est-elle fréquente dans l'hystérectomie? Il est certain qu'on peut réunir facilement des séries d'hystérectomies où cet accident s'est produit dans des proportions considérables. Il suffit, par exemple, de prendre les observations de chirurgiens hostiles à l'opération de Péan, ne l'ayant pratiqué que deux ou trois fois, dans des cas extrêmement graves et difficiles. La blessure de l'uretère y rivalise de fréquence avec l'hémorrhagie. Or, si pour discuter la valeur de la laparotomie, ses accidents et ses dangers, on doit se baser exclusivement sur des séries importantes appartenant à des chirurgiens exercés, il en est de même pour l'hystérectomie. La blessure d'un uretère, au cours d'une première ou d'une seconde hystérectomie, est sans doute un accident regrettable pour la malade et peu fait pour entraîner la conviction du chirurgien, mais en rien capable de diminuer la valeur de l'intervention. Non seulement dans les 200 cas de ce mémoire, mais, sur près de 400 hystérectomies vaginales pour lésions diverses (annexites, cancers, fibrômes), mon maître Segond *n'a jamais lésé l'uretère*. J'ai dit plus haut qu'il attribuait sa sécurité à l'incision spéciale par laquelle il commence la désinsertion du vagin et j'en suis de plus en plus convaincu.

D'autre part, dans les 139 observations fournies à Lafourcade par MM. Michaux, Routier, Richelot, Reclus, Peyrot, Bazy, Nélaton, Le Dentu, Terrillon, Chaput et Quénu, l'uretère n'a jamais été blessé.

Il y aurait donc lieu, je crois, de modifier un peu les vieilles formules, peut-être vraies à l'apparition de l'hystérectomie vaginale pour cancer, et de dire que cette opération, telle qu'on la

pratique pour lésions des annexes, n'expose pas à la blessure de l'uretère, quand on suit avec méthode les règles du morcellement.

J'en dirai autant de l'*hémorrhagie*. Il n'est point exact de prétendre qu'on soit à la merci d'une pince qui peut lâcher. Quand on emploie des instruments solidement construits et qu'on les serre au maximum, on a toute sécurité. J'ai cité plus haut 6 cas d'hémorrhagie immédiate (obs. 31, 58, 73, 119, 124, 134) et un cas d'hémorrhagie tardive (obs. 125). Les malades ont du reste guéri. Quel est d'ailleurs le laparotomiste qui n'a pas eu de décès par hémorrhagie, la ligature d'un pédicule ayant glissé ?

D. *Des débris d'annexes abandonnés dans le ventre.* — Que faut-il penser maintenant des craintes si justement suscitées par l'abandon dans le ventre de débris de poches suppurées, de lambeaux de trompes et d'ovaires, voire même d'annexes tout entières ? Cette objection a été soulevée avec juste raison dès la première heure, mais il était facile de réfuter ce qu'elle avait de solide en apparence avec les textes mêmes et la pratique des laparotomistes.

En effet, il existe une variété de suppurations pelviennes graves « où la fusion des collections enkystées avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse. Ces faits peuvent être différenciés avec raison, par une appellation spéciale et le nom d'*abcès pelviens* peut leur être conservé, en spécifiant qu'il sera réservé aux collections purulentes non énucléables (1). » Or, ces abcès pelviens ont été traités, avec succès, par l'incision simple et le drainage sus-pubien. Lawson Tait a conseillé le premier cette pratique hardie qui lui a donné une série consécutive de 38 guérisons (2).

(1) S. Pozzi. *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 2e édit., p. 679.

(2) L. Tait. The pathology and treatment of the diseases of the ovaries. Birmingham, 1883.

Fenger (1), Mac-Kay (2), Terrillon (3), mon maître Pozzi (4), Bouilly (5) ont obtenu de remarquables succès, en se contentant d'ouvrir largement les poches, de les nettoyer et de les drainer; personne n'a jamais émis l'idée qu'un jour ces débris pathologiques ainsi abandonnés dans le ventre pourraient devenir le point de départ d'accidents nouveaux..

D'autre part, dans quels cas les laparotomistes les plus convaincus et les plus habiles (Pozzi, Terrier, Terrillon, etc.) admettent-ils la supériorité de l'hystéreetomie sur la laparotomie? Justement dans les cas de suppurations péri-utérines non énucléables, d'abcès pelviens fistuleux ou non, où l'hystérectomie, suivant l'expression heureuse de mon maître Pozzi, est simplement *évacuatrice* (6); où, de parti pris, l'ablation de l'utérus constitue toute l'intervention; où, les poches évacuées, il ne faut rien songer à décortiquer. Or, si le microbisme latent peut se réveiller un jour, c'est bien au milieu de ces masses infiltrées, de ces poches à parois lardacées; pourtant, cette objection n'a point été soulevée au cours des discussions de la Société de Chirurgie, et tous les chirurgiens sont unanimes à admettre aujourd'hui la supériorité de l'opération de Péan dans les cas auxquels je fais allusion.

Il m'est bien permis, je pense, de conclure du plus au moins, et, l'on me concédera bien que le microbisme latent est d'autant moins à redouter qu'on abandonne moins de débris d'annexes dans l'abdomen. Pourquoi donc alors, à propos de quelques lambeaux de trompe ou d'ovaire qu'on aurait sûrement enlevés par la laparotomie, soulever un argument dont on ne dit mot,

(1) Ch. Fenger. Soc. Obst. de Chicago. *Am. Journ. of Obst.* 1886, t. XIX, p. 428.

(2) Mac-Kay. *The Lancet*, 12 février 1887.

(3) Terrillon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1887. t. XIII, p. 367.

(4) S. Pozzi, de Lostalot et Baudron. *Ann. de Gyn.* 1890. t. XIX, p. 113 (Obs. VI et IX). — S. Pozzi et Baudron, *Rev. de Chir.* août 1891, p. 622.

(5) G. Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1890, t. XVI, p. 520.

(6) S. Pozzi. *Traité de Gyn. clin. et opératoire*, 2e édit. p. 702.

quand il s'agit d'adhérences multiples et de poches profondément infectées ?

Les faits plus puissants que toutes les théories et que toutes les déductions me permettent d'apporter aujourd'hui une réponse précise à cette objection dont la très grande valeur a pu jadis ébranler plus d'une conviction. « Il faut tout sacrifier, sauf la vie des malades, à l'extirpation totale des lésions, » disait M. Richelot (1), et aujourd'hui les faits ont démontré à M. Richelot que ses craintes étaient chimériques.

Des 18 malades opérées de suppurations péri-utérines graves et revues après un temps variable, une seule a subi une castration totale, la malade de l'observation 155, guérie avec fistule entéro-vaginale. Chez les 17 autres, l'hystérectomie a été purement évacuatrice ; une seule (observation 60) vient d'être opérée d'une collection développée au niveau des annexes. Il n'est guère possible de tirer de ce fait isolé un argument contre l'opération de Péan, car il s'agissait précisément d'un de ces cas où cette opération est regardée sans conteste comme l'opération de choix par tous les chirurgiens ; l'enclavement de l'utérus au milieu des poches suppurées était tel, qu'il fut impossible d'en extirper la corne droite.

J'ai retrouvé 29 autres malades opérées pour les lésions les plus diverses : (18 pour pyosalpinx, 8 pour salpingites parenchymateuses, 1 pour ovaires sclérokystiques, 1 pour salpingite kystique, 1 pour grossesse ectopique) chez lesquelles l'ablation des annexes a été incomplète. Une seule (obs. 72) a dû subir trois laparotomies consécutives dont les deux premières pour adhérences épiploïques, la dernière pour une petite tumeur kystique développée au niveau des débris du ligament large droit. Cette malade avait primitivement été laparotomisée sans succès ; elle est donc au même titre un échec de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale.

Une troisième malade (obs. 157) a été un insuccès complet de l'hystérectomie vaginale qui n'a pu amener la résolution

(1) Richelot. — Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, T. XVII, 4 mars 1891. *Uni. Méd.* 1891, n° 33, p. 392.

d'un énorme abcès pelvien. Une incision sus-inguinale a été nécessaire, au bout de trois mois, pour évacuer et drainer cet abcès et la malade a succombé, avec des phénomènes urémiques, à cette intervention pourtant peu grave en elle-même.

A côté de ces faits, il est intéressant de rappeler que deux fois (obs. 1 et 23) ces productions kystiques se sont montrées chez des femmes ayant subi une castration utéro-annexielle totale. Plusieurs fois signalées après l'ablation des annexes par laparotomie (1), ces collections séreuses sont donc également possibles après l'extirpation la plus complète de l'utérus et des annexes. Leur origine est des plus obscures et l'histologie n'y décèle absolument aucun vestige qui permette d'en affirmer la provenance tubaire ou ovarienne. Telle a été, du moins, la conclusion de mon excellent ami, le Dr Hallé, chef du laboratoire de la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, qui a eu l'amabilité d'examiner, avec sa grande compétence, les parois du kyste de la malade de l'observation 1.

Ces quelques cas d'opérations complémentaires après l'hystérectomie vaginale prouvent que, quelque satisfaisante qu'elle soit dans ses résultats définitifs, elle a ses insuccès et ses imperfections. Mais, à ce point de vue aussi, si on la compare à la laparotomie, l'avantage lui reste tout entier. Je n'en veux d'autre preuve que les 10 hystérectomies complémentaires, après échec de la laparotomie, que comprend ma statistique.

E. *De la gravité comparative des deux opérations.* — Enfin, et c'est le dernier argument des hystérectomistes, l'opération de Péan est moins grave et donne des résultats éloignés plus parfaits. Cette dernière affirmation, qui avait pu paraître un peu prématurée dans la bouche de mon maître Segond lors de sa première communication à la Société de chirurgie, repose aujourd'hui sur des faits longtemps suivis et soigneusement étudiés.

Ici encore je suivrai la division que je me suis tracée et

(1) Hahusseau. Des formations kystiques, etc., *Th. de Paris*, 1891.

j'étudierai la valeur comparative de l'opération de Péan et de la laparotomie dans les lésions annexielles suppurées et non suppurées.

a) *Lésions suppurées.* — Il me serait facile d'accumuler les statistiques et d'opposer à mes 200 observations d'hystérectomies vaginales peut-être plus d'un millier de laparotomies pour lésions suppurées des annexes. Cette bataille de chiffres n'aurait qu'une valeur bien relative : il me suffirait de faire un choix habile des statistiques les plus chargées de décès, pour établir d'une façon éclatante la supériorité de l'opération de Péan. J'aime mieux procéder plus loyalement et me limiter à des statistiques empruntées à des laparotomistes peu nombreux mais d'une compétence incontestée ; mon maître Pozzi, dont les laparotomies de deux années (1889 et 1891) ont été faites devant moi et avec mon assistance : le professeur Terrier, que je ne saurais trop remercier de m'avoir confié les cas de sa pratique et de celle de son assistant, M. Hartmann, pendant l'année 1893 : enfin Schauta (1), dont l'intéressant rapport a soulevé une importante discussion au congrès de Breslau.

Ces statistiques comprennent 263 observations avec 23 décès :

MM. Terrier et Hartmann..	96 (2) cas,	8 morts,	soit 8.30 °/₀₀.
M. Pozzi	99 (3)	6 »	» 6.06 »
M. Schauta	68 »	9 »	» 13.02 »
Total.......	263 cas	23 morts.	

Ce qui donne une mortalité moyenne de 8.74 pour 100.

Or, les 114 cas de suppurations péri-utérines que renferme ce mémoire ont donné 13 morts, soit une mortalité de 11.4 pour 100. L'écart entre ces deux chiffres est peu considérable et je pourrais déjà conclure que, prise en bloc, l'opération de Péan n'est guère plus grave que la laparotomie dans les suppurations pelviennes.

(1) SCHAUTA. *Centr. f. Gyn.* 1893, n° 22, p. 502.

(2) Dont 59 cas publiés dans les Ann. de Gyn. *loc. cit.* et 37 cas inédits résumés à la fin de ce travail.

(3) Cette série comprend 82 cas publiés par mon maître Pozzi au dernier Congrès de chirurgie et 17 opérations de l'année 1893 (communication orale).

Mais si je retranche de mes 114 cas les observations 19 et 45 pour lesquelles MM. Bouilly et Schwartz jugèrent la laparotomie fatalement mortelle, et l'observation 94, opérée *in extremis*, trois cas suivis de mort, ma statistique tombe de 114 cas à 111, mes décès de 13 à 10. La mortalité réduite à 9 °/₀ est inférieure à celle de Schauta (13.2 pour 100) presque égale à celle de M. Terrier (8.30 pour 100), supérieure à celle de mon maître Pozzi (6.07 pour 100). Toutefois je ferai remarquer que cette dernière statistique est en quelques sorte expurgée puisque, depuis 1891, M. Pozzi a pratiqué 29 fois avec 26 guérisons, l'opération de Péan pour des cas graves de suppurations pelviennes. Le fait seul d'avoir préféré l'hystérectomie à la voie sus-pubienne démontre suffisamment la gravité particulière des cas auxquels elle fut appliquée.

Je ferai la même remarque à propos d'une statistique excellente publiée au dernier Congrès de Chirurgie par M. Delagénière, du Mans (1). La laparotomie pour suppurations pelviennes a donné à ce chirurgien une mortalité de 4.5 °/₀; l'hystérectomie, trois guérisons opératoires sur trois cas (2). Dans ces trois cas, il s'agit de suppurations diffuses, l'une à pus infect, fistuleuse dans la vessie et le rectum, les deux autres dans le rectum seulement, l'une des malades était affaiblie par une longue suppuration. Qu'aurait donné la laparotomie dans ces trois cas? Probablement trois morts : et au lieu d'être de 1 sur 22, la mortalité se serait élevée à 4 sur 25, c'est-à-dire 16 °/₀ au lieu de 4.50 °/₀. Loin d'être reconnaissant à l'opération de Péan de lui avoir évité un pareil pourcentage, M. Delagénière la rejette sans appel, parce que ses trois opérées sont mortes au bout de

(1) Delagénière. *Congrès français de Chirurgie*. Paris (7e session), 1893. P. 617.

(2) M. Delagénière rapporte quatre cas de suppurations pelviennes ; mais une observation doit, à mon sens, être éliminée : il s'agit d'une femme de soixante ans ayant eu autrefois des lésions annexielles et atteinte d'un *épithélioma du col*. Il est bien certain que M. Delagénière a opéré cette femme exclusivement pour son épithélioma. Aussi, bien qu'elle soit morte, je ne crois pas, que cette malade doive figurer parmi les opérées de suppurations pelviennes.

cinq mois et demi, deux mois, trois semaines. Or, chez la malade morte au bout de trois semaines, l'hystérectomie fut pratiquée en plein épuisement, une poche volumineuse ne fut pas ouverte et dut être incisée secondairement par voie sus-inguinale. Chez la malade morte au bout de deux mois, il s'agissait d'abcès à contenu infect, ouverts dans la vessie et le rectum, datant de longtemps. N'est-il pas plus naturel, dans ces deux cas, de rendre responsables de la mort de ces deux femmes leur état général mauvais, leur épuisement par une suppuration ancienne, plutôt que l'opération tentée pour les guérir? Quant à la troisième malade, elle mourut cinq mois et demi après l'opération, « perdant toujours du pus par le vagin, mais manifestement tuberculeuse. » Elle est donc morte de tuberculose, et l'hystérectomie vaginale n'a rien à voir dans ce décès.

Il est dans la statistique de MM. Terrier et Hartmann un point que je dois mettre en relief, c'est la différence considérable de mortalité entre la série de 1889 à 1893 et la série de 1893. La première série comprend 59 cas publiés dans les Annales de Gynécologie avec 7 morts soit une mortalité de 11,86 °/o. La deuxième série du 1er janvier 1893 au 1er mars 1894 renferme 37 cas (dont 14 suppurations graves et 23 pyosalpinx) avec seulement 1 mort, soit 2.70 °/o de mortalité. 37 cas constituent un ensemble de faits trop nombreux pour qu'on puisse y voir une de ces séries heureuses comme on en rencontre parfois en chirurgie. Les raisons de cet abaissement remarquable du taux de la mortalité sont d'un tout autre ordre MM. Terrier et Hartmann sont arrivés à ce résultat en opérant toujours ensemble et en se servant d'une façon systématique du plan incliné. En somme, c'est par une technique plus perfectionnée, par une antisepsie plus parfaite, puisqu'ils opèrent toujours l'un aidant l'autre, que ces deux chirurgiens ont pu guérir 36 malades sur 37.

Mais la mortalité de l'hystérectomie a également diminué depuis que mon maître Segond pratique d'une façon systématique le curettage préalable de la cavité utérine. Ce perfectionnement de la technique opératoire date du Congrès de Bruxelles. Depuis cette

époque, 60 cas suppurés n'ont donné que 4 morts, soit 6,60 pour 100. Si, comme je l'ai montré déjà, les décès des observations 143 (crises dyspnéiques), 149 et 169 (affaiblissement progressif chez des malades arrivées au dernier degré de la cachexie et que la laparotomie n'aurait pas sauvées davantage), si, dis-je, ces trois décès sont justement écartés en tant que mortalité opératoire, il reste 57 cas de suppurations péri-utérines, avec une seule mort, soit 1,75 pour 100 de mortalité, chiffre sensiblement analogue à celui de MM. Terrier et Hartmann, depuis qu'ils ont modifié leur manuel opératoire.

Je ferai, en outre, remarquer que la dernière statistique de MM. Terrier et Hartmann ne comprend que des laparotomies faites à l'hôpital Bichat, dans un milieu merveilleusement installé, avec un personnel rompu à la plus minutieuse antisepsie. Au contraire, mes 60 derniers cas suppurés comme d'ailleurs les 54 cas que renferme la première partie de cette statistique, comprennent non seulement les hystérectomies vaginales pratiquées par M. Segond à l'hôpital (1), mais encore toutes ses opérations de la ville. Or, les Maisons de santé ne donneront jamais, au point de vue de l'antisepsie, une sécurité aussi absolue qu'un service d'hôpital soigneusement organisé. Là, encore, les faits sont bien éloquents. Des 13 décès pour suppurations que comprend ma statistique, 7 seulement sont survenus à l'hôpital. Les 6 autres se sont produits 4 fois en ville (obs. 13, 143, 149, 169), 2 fois dans des services hospitaliers où M. Segond avait été appelé pour pratiquer l'opération de Péan à des malades jugées inopérables par laparotomie (obs. 19 et 45).

Pour les 60 derniers cas en particulier, je ferai remarquer que sur 4 décès, trois fois il s'agissait de malades de la ville (obs. 143, 149, 169). La statistique hospitalière comprend 49 cas avec 1 seul décès (obs. 108) soit une mortalité de 2 pour 100.

Je suis loin de prétendre que ces malades, dont les lésions

(1) J'entends par hôpital, le service de M. Segond à la Maison municipale de Santé et le service du professeur Pinard, où M. Segond opère tous les mercredis dans des conditions parfaites d'asepsie

étaient des plus graves, auraient guéri si elles avaient été opérées dans le service même de M. Segond. Mais étant donné que les dernières statistiques de MM. Terrier, Hartmann et Pozzi (1) ne contiennent que des laparotomies faites à l'hôpital, j'avais bien le droit de montrer ce que l'opération de Péan peut donner dans la pratique purement hospitalière.

Ainsi donc, pour les lésions suppurées, l'opération de Péan soutient victorieusement la comparaison avec les statistiques les plus parfaites de laparotomie.

Sa supériorité éclaterait encore davantage si à la statistique de MM. Terrier et Hartmann, j'opposais les statistiques vraiment merveilleuses de Péan (1) (150 cas suppurés avec 1 mort), et de Jacobs (2) (100 cas suppurés avec 2 morts), soit 250 cas avec 3 morts ou 1.2 °/₀ de mortalité. Mais je ne veux point recourir à ce parallèle; je me borne à soumettre ces deux statistiques à l'admiration des partisans de la chirurgie vaginale, en les prévenant toutefois de ne pas trop s'enthousiasmer, et de ne guère espérer atteindre à la perfection opératoire des deux chirurgiens que je viens de citer.

b) *Lésions non suppurées.* — La gravité de l'opération de Péan pour annexites non suppurées est nulle. Ma statistique comprend en effet 82 cas de lésions non suppurées diverses (salpingites parenchymateuses ou kystiques, ovaires sclérokystiques, etc.), sans un seul décès opératoire. Cette statistique est comparable à celle de mon maître Pozzi, auquel 162 laparotomies, pour des cas analogues, ont donnés 162 succès. Elle est bien supérieure à la statistique de Bichat (3) qui comprend, de 1888 à 1894, 154 laparotomies pour lésions suppurées avec 13 morts :

(1) Péan. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 18.4, p. 72.

(2) Jacobs cité par M. Landau. Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. *Arch. f. Gyn.* 1894. Bd. XLVI. Heft. I.

(3) Je dis la statistique de Bichat et non pas la statistique de M. Terrier, car elle renferme non seulement les cas opérés par ce chirurgien, mais encore les laparotomies faites par ses assistants et ses élèves.

1888	1	salpingo ovarite	0 mort
1889 (1)	3	hématosalpinx.	3 »
	10	ovaro-salpingites.	0 »
	1	ovaro-salpingite avec hystéropexie	0 »
1890 (2)	3	hématosalpinx	0 »
	15	ovaro-salpingites.	2 »
	2	ovaro-salp. et chute de l'utérus .	0 »
	4	» et déviation. . . .	1 »
1891 (3)	33	salpingo-ovarites.	2 »
	2	» avec hystéropexie. . .	0 »
1892 (4)	39	salpingo-ovarites.	3 »
	8	hématosalpinx.	2 »
1893 (5)	33	ovaro-salpingites.	0 »
	154	cas	13 morts

Soit une mortalité de 8.3 %.

Elle est également supérieure à la statistique de Schauta qui comprend 144 cas non suppurés avec 4 morts, soit 2,8 % de mortalité.

La fusion de ces trois statistiques donne 461 cas avec 17 morts, soit 3,6 %.

J'ai donc le droit de conclure en présence de ces chiffres que l'opération de Péan appliquée aux lésions non suppurées des annexes donne des *résultats immédiats supérieurs* à la laparotomie.

En est-il de même des *résultats définitifs ?* Pour répondre à cette dernière objection il me suffit de résumer ici le chapitre des résultats éloignés. Voici ce que j'y trouve :

	Opérées vivantes.	Guérisons absolues.
Abcès pelviens	18	14
Pyosalpinx	55	51
Salpingites parenchymateuses . . .	20	19
Salpingites kystiques	5	5
Ovaires sclérokystiques	26	25
Hystérectomies complémentaires . .	3	3
Grossesse extra-utérine	1	1
TOTAL. . . .	128	118

(1) F. TERRIER. *Progrès médical*, 1890, p. 186.
(2) F. TERRIER. *Ibid* , 1891, p. 377.
(3) F. TERRIER. *Ibid.*, 1892, p. 259.
(4) F. TERRIER. *Ibid.*, 1893, p. 362.
(5) *Communication orale.*

Soit 92 o/o de guérisons absolues.

Voyons maintenant les résultats éloignés publiés par les laparotomistes :

Jacobs (1)	sur	31	mal. revues, a	24	guérisons complètes,	soit	77 o/o
Terrillon (2)	»	84	»	74	»	»	88 o/o
Bouilly (3)	»	70	»	61	»	»	87 o/o
P. Segond (4)	»	16	»	5	»	»	31 o/o
Terrier (5)	»	46	»	42	»	»	91 o/o
Schauta (6)	»	121	»	100	»	»	82 o/o
Reamy (7)	»	140	»	40	»	»	31 o/o
S. Pozzi (8)	»	45	»	35	»	»	77 o/o

Si je réunis ces différentes statistiques, j'arrive au total de 553 opérées revues avec 381 guérisons complètes, soit 68 pour 100, chiffre notablement inférieur à celui que donne l'opération de Péan.

J'ai rapporté plus haut les troubles vicariants et nerveux auxquels sont exposées les malades qui ont subi la castration utérine. Ils sont relativement peu fréquents et peu intenses, en tous cas moins fréquents qu'après la castration tubo-ovarienne, puisque Martin, dans son excellente Thèse, affirme « que dans presque tous les cas d'ablation bilatérale des annexes utérines, quelles que soient leurs lésions, on constate des troubles généraux (bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, dyspepsie, etc...), qui incommodent fort les malades et qu'il importe de traiter. On observe de plus des phénomènes psychiques particuliers (bizarreries de caractère, hypocondrie, perte de la mémoire, etc.). » J'ai peur que mon ami Martin n'ait un peu assombri le tableau et trop

(1) Jacobs. Sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus *Congr. fr. de chir. 5e session,* 1891, p. 172.

(2) Terrillon. *Ibid.*, p. 180.

(3) Bouilly. *Ibid.*, p. 184.

(4) P. Segond. *Ibid.*, p. 188.

(5) F. Terrier et H. Hartmann. *loc. cit.*

(6) Schauta. *loc. cit.*

(7) Reamy. *Méd. New.*. 1891, p. 400.

(8) S. Pozzi in A. Martin. Résultats éloignés de l'ablation des annexes. utérines, par la laparotomie. *Th. de Paris,* 1893.

généralisé les troubles fort réels qu'on observe après la castration tubo-ovarienne. En tous cas, à ce point de vue, l'opération de Péan ne semble pas entraîner aussi souvent de telles perturbations et c'est encore à son actif une supériorité sur la laparotomie.

Donc, pour les lésions suppurées comme pour les annexites non suppurées, l'opération de Péan donne des résultats définitifs plus parfaits et plus efficaces que la laparotomie.

CHAPITRE V

Indications de l'opération de Péan

Deux conditions sont absolument nécessaires pour légitimer l'opération de Péan : la bilatéralité évidente des lésions annexielles et l'impuissance d'un traitement médical bien dirigé ou d'une chirurgie plus conservatrice (P. Segond).

Le doute doit toujours profiter à la laparotomie ; l'hystérectomie vaginale est formellement contre-indiquée toutes les fois que cette bilatéralité n'est pas évidente. Je ne saurais trop insister sur cette contre-indication de l'opération de Péan. Dès la première heure, mon maître Segond (1) l'a énergiquement formulée, et, dans tous ses écrits (2), il y revient avec tenacité. D'ailleurs, depuis qu'il fait systématiquement l'opération de Péan il a pratiqué bien des laparotomies pour lésions unilatérales ou supposées telles car, plusieurs fois, les annexes des deux côtés, reconnues malades après ouverture du ventre, ont dû être enlevées.

Le fait qu'une salpingite unilatérale est blennorrhagique ne saurait modifier la conduite du chirurgien sous prétexte « que les

(1) P. Segond. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1891. t. XVII, p. 153.
(2) P. Segond. Traité de chirurgie. t. VIII, p. 582.

annexes du côté opposé sont infectées d'une façon latente et le seront plus tard d'une façon évidente » (1). De même, mon maître Picqué, tout en émettant une opinion dont j'ai maintes fois observé avec lui la justesse, ouvre une porte dangereuse quand il écrit : « On peut se demander si une des indications de l'hystérectomie vaginale ne se trouve pas réalisée dans *l'uni* ou la *bilatéralité* des lésions des annexes, avec utérus infecté, susceptible de se réinfecter ; si, en un mot, une femme portant un double pyosalpinx ou un pyosalpinx unique ou une grosse trompe parenchymateuse avec une métrite purulente invétérée, ne doit pas subir d'emblée l'hystérectomie totale (2). » Dans de tels cas, quelles que soient la purulence et l'ancienneté de la métrite, si la lésion annexielle est unilatérale, c'est à la laparotomie seule qu'il faut recourir.

Ceci posé, je me range sans restriction à l'opinion soutenue par mon maître Segond (3) : « Les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie. » M. Bouilly (4) a accepté cette formule et admet que « l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées » c'est l'hystérectomie.

Le chirurgien traite par l'extirpation bilatérale, des lésions annexielles ;

A. Suppurées.

B. Non suppurées.

A. *Lésions suppurées.* — Celle-ci peuvent être classées de la façon suivante (5) :

1° Poches très-adhérentes non énucléables avec ou sans fistule (véritables abcès pelviens) ;

(1) Camescasse. Du choix de l'intervention..., etc. *Th. de Paris*, 1893, p. 74 et 96.

(2) L. Picqué et Charrier. *Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin* 1893. t. XXXIX, p. 552.

(3) P. Segond. *Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 52.

(4) G. Bouilly, cité par Segond. *Ibid.*, p. 65.

(5) S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1891. t. XVII. p. 204.

2° Poches adhérentes mais énucléables (fistuleuses ou non) ;

3° Poches libres.

1° L'accord est aujourd'hui fait sur la première catégorie. Mon maître Pozzi, lui-même, s'est rangé à l'avis de tous ses collègues de la Société de Chirurgie et il admet que « dans ces cas bien déterminés, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen (1). »

En Allemagne Sänger (2) admet l'hystérectomie pour les suppurations péri-utérines graves, et Landau (3) l'emploie d'une façon systématique.

L'opération de Péan, presque toujours purement « évacuatrice » dans ces cas graves, permet, en effet, seule un drainage parfait par sa déclivité. Les guérisons qu'elle donne sont radicales et durables. C'est l'opération de choix. Ici l'indication est formelle et incontestée.

2° Pour les poches libres, l'hystérectomie est également supérieure à la laparotomie. J'ai démontré, faits et chiffres en mains, que dans de pareils cas, l'opération de Péan n'est pas plus grave que la laparotomie. Ma statistique contient 55 cas de castration totale pour pyosalpinx, avec 2 morts, soit 3.6 o/o. Moins grave, l'opération de Péan a le double avantage d'être plus complète et de ne pas laisser de cicatrice. Elle est plus complète puisqu'à l'ablation des annexes (toujours possible en cas de poches libres) se surajoute l'ablation de l'utérus, organe inutile, siège fréquent de troubles variés. Elle ne laisse pas de cicatrice. Entre deux opérations également bénignes, dont l'une plus complète, plus parfaite dans ses résultats éloignés, ne laisse aucune trace, dont l'autre moins complète, moins parfaite dans ses résultats éloignés, laisse une cicatrice, le choix ne me semble douteux ni pour la malade ni pour le chirurgien.

(1) S. Pozzi. *Traité de Gyn.*, 2e édit., p. 700.

(2) Saenger. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Leipsig. 15 février 1892. *Centr. Gyn.* 1892, n° 33, p. 666.

(3) Landau. *Loc. cit.*

3° Pour les poches adhérentes mais énucléables, fistuleuses ou non, la question a pu paraître autrefois difficile à trancher; aujourd'hui, je crois apporter les éléments d'une solution définitive. Tout d'abord à l'hypothèse d'un réveil possible de l'inflammation des débris d'annexes abandonnés par l'hystérectomie, hypothèse si justement soulevées par mon maître Pozzi, je puis répondre que ces craintes étaient vaines.

Sur les 114 cas suppurés que comprend ma statistique, j'en trouve 54 (32 suppurations graves, 22 pyosalpinx) où l'ablation des annexes a été incomplète, à des degrés divers. De ce nombre 34 opérées ont été revues ; chez 32, l'examen local le plus minutieux ne révèle ni empâtement ni point douloureux. Aucune n'accuse la moindre douleur, aucune n'a de fistule rectale ou vésicale. Deux malades ont présenté des productions kystiques secondaires dans leurs débris d'annexes. L'une d'elles (obs. 72) fut hystérectomisée pour une fistule purulente consécutive à une laparotomie ; l'autre (obs. 60) avait un utérus tellement enclavé qu'on dut en abandonner le fond.

Au contraire, j'ai parmi mes 200 observations 10 cas d'hystérectomie complémentaire après échec plus ou moins complet de la laparotomie. Des 42 malades de MM. Terrier et Hartmann (1), opérées de pyosalpinx par laparotomie et revues : 4 souffrent encore, 6 ont des fistules stercorales, 6 ont des éventrations.

Les récentes discussions du Congrès de Breslau sur le traitement des pyosalpinx ont amené quelques Gynécologues allemands à insister sur un élément de pronostic opératoire jusque-là un peu laissé dans l'ombre : la virulence du pus. C'est ainsi que Schauta (2) a communiqué une série de 216 cas avec 13 morts, et analysé avec soin les différents cas de cette importante statistique :

144 laparotomies pour des annexites non suppurées ou contenant du pus stérile lui ont donné 4 morts, soit 2, 8 %.

(1) Terrier et Hartmann. *Loc. cit.*

(2) Schauta. Communication au 4e Congrès de la Société Allemande de Gynécologie à Breslau, Mai 1893. *Centr. f. Gyn.* 1893. N° 22, p. 502.

33 laparotomies pour annexites à gonocoques, 3 morts, soit 9 %.

15 laparotomies pour annexites à streptocoques ou à staphylocoques, 3 morts, soit 20 %.

Cette mortalité de 20 % s'est élevée à 40 % quand Schauta n'a pas fait le drainage ; elle est tombée à 16.6 %, chaque fois qu'il a drainé le péritoine. 4 fois Schauta à traité de tels cas par l'incision en 2 temps ou l'incision vaginale et n'a pas eu un seul décès.

Cette remarquable communication démontre d'une façon très nette la gravité considérable de la laparotomie dans le pyosalpinx à streptocoques ou à staphylocoques, et, l'importance du drainage dans tous les cas où ce diagnostic bactériologique peut être fait.

Les cas traités par Schauta par l'incision vaginale sont malheureusement trop peu nombreux pour permettre d'en tirer une conclusion ferme. Tout au plus peut-on logiquement en déduire, que, toutes les fois que la présence du streptocoque ou du staphylocoque sera démontrée ou même soupçonnée, c'est à l'intervention vaginale qu'il faudra donner la préférence. Celle-ci sera l'incision simple si la lésion est franchement unilatérale, l'hystérectomie vaginale si la lésion est bilatérale. Il est malheureusement difficile d'affirmer de par les symptômes cliniques la présence d'un microbe pyogène dans le pus d'un pyosalpinx. Les poussées fébriles constituent à peine une présomption, jamais une certitude ; seule la ponction exploratrice par le vagin et l'examen bactériologique du pus permettraient d'en évaluer la virulence et de déduire la gravité du pronostic opératoire. La constatation du streptocoque ou du pneumocoque imposerait au chirurgien, sinon le devoir formel d'intervenir par le vagin, quelles que soient ses préférences pour la voie sus-pubienne. tout au moins celui de toujours drainer et pendant plusieurs jours (1).

S'il existe des contre-indications bactériologiques à la laparotomie, ainsi que le démontre l'important travail de Schauta, je ne

(1) H. Hartmann et V. Morax. Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines. *Mercr. Méd.* 1894, n° 12, p. 135.

crois pas que l'hystérectomie soit « anatomo-pathologiquement contre-indiquée, quand le foyer suppuré occupe la partie externe de la trompe, ou un espace compris entre son pavillon et un organe variable *ovaire*, *intestin* (1) ». Les hystérectomistes n'ayant d'autre prétention que d'assurer un drainage parfait des poches qu'il y aurait danger à énueléer, évacuent le pus sans s'inquiéter des parois de la poche qui le contient. Sans doute, l'anatomie pathologique y perd quelques faits intéressants, quelques constatations curieuses, mais cette considération d'ordre purement scientifique doit céder le pas à la préoccupation d'une plus grande sécurité opératoire et d'une guérison durable plus parfaite.

Ainsi donc l'opération de Péan « loin d'être irrationnelle dans les lésions suppurées des annexes (2) » est indiquée dans tous les cas de suppurations pelviennes bilatérales, que le pus soit collecté dans des *poches libres*, des *poches adhérentes mais énucléables* ou *des poches adhérentes non énucléables*.

Quand les pyosalpinx ou la périmétro-salpingite compliquent des néoplasmes de l'utérus, cancer du corps ou fibrômes (obs. 20, 28, 41, 57, 86, 90, 116, 131, 135, 136, 139, 162, 174, 176, 179, 183, 195, 188), l'indication de l'opération de Péan devient encore plus formelle. Elle seule, en effet, constitue une intervention complète et radicale qui permet d'évacuer les collections suppurées et d'enlever la tumeur utérine.

B. — Lésions non suppurées. — Les annexites non suppurées peuvent être ainsi classées :

a) Salpingites kystiques (Hydrosalpinx, Hématosalpinx).
b) Salpingites parenchymateuses.
c) Salpingites catarrhales et ovaires scléro-kystiques.

D'une façon générale, les lésions non suppurées des annexes ne réclament pas une intervention aussi immédiate et aussi pressante que les abcès de la trompe et de l'ovaire, mais elles n'en sont pas moins

(1) H. Hartmann. *Bull. Soc. Anat.* 1893. T. VII. p. 179.
(2) H. Hartmann. *Ibid.*

souvent justiciables de l'exérèse. Les résultats de la pratique de mon maître Segond démontrent plus que tous les raisonnements combien l'opération de Péan est indiquée dans les cas d'annexites non suppurées. Elle est d'une bénignité surprenante, puisque 82 cas n'ont pas donné une seule mort. Cette statistique aussi blanche que celle de mon maître Pozzi pour les mêmes lésions traitées par la laparotomie, est bien supérieure aux résultats de M. Terrier et de ses élèves qui, sur 154 cas, ont eu 13 morts, soit 8.13 % de mortalité et à ceux de Schauta, qui, sur 144 cas, a eu 4 morts, soit 2,8 %.

L'hystérectomie est, en outre, *plus complète* dans les cas de salpingites kystiques non suppurées, car l'ablation totale des annexes est la règle. Il n'en va plus de même pour les salpingites parenchymateuses, dont les adhérences sont souvent telles que, par la laparotomie même, on ne peut les décortiquer que par lambeaux. Sur 33 cas rapportés ici, 24 fois seulement l'ablation totale a été possible. D'ailleurs, des 9 malades dont l'ablation des annexes a été incomplète, 8 ont été revues, leur guérison est absolue.

Les malades atteintes de dégénérescence scléro-kystiques de l'ovaire sont particulièrement justiciables de l'opération de Péan. Ce sont elles en effet qui obtiennent les guérisons les moins parfaites par la laparotomie (Bouilly, Routier, Pozzi, etc.). Elles restent plus exposées que les malades laparotomisées pour pyo-salpinx, aux troubles utérins divers (leucorrhée, métrorrhagies), aux douleurs persistantes au niveau des pédicules, aux perturbations nerveuses. L'hystérectomie a, chez ces malades, l'avantage ici très réel d'être une castration plus complète. Mon maître Pozzi n'est pas loin de le reconnaître, quand il affirme ses préférences pour la castration totale par le vagin, lorsqu'il s'agit « de combattre des troubles nerveux graves liés à la dysménorrhée, ou à l'aménorrhée ». Que de fois, en effet, ces troubles n'ont d'autre cause que la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire! Néanmoins, le moindre doute sur la bilatéralité des lésions devra faire préférer à la castration ovarienne ou à la castration utéro-ovarienne les opérations conservatrices, telles que les résections de

l'ovaire ou l'ignipuncture, qui ont donné de si beaux succès à mon maître Pozzi (1).

D'ailleurs, l'hystérectomie comme la laparotomie sont sans gravité dans les cas auxquels je fais allusion. Si la laparotomie est courte, facile, il faut bien avouer que l'hystérectomie n'est qu'un jeu quand on la pratique suivant le procédé de Doyen,

La perfection plus grande des résultats éloignés) 26 malades revues dont 25 absolument guéries) vaut bien qu'on préfère l'intervention la plus longue et la plus difficile.

Névralgies pelviennes. — L'hystérectomie vaginale est-elle indiquée dans les grandes névralgies pelviennes ? Ne paraît-il pas excessif de supprimer pour de simples douleurs un organe où ni le doigt du clinicien ni l'œil de l'anatomo-pathologiste ne peuvent décéler la moindre lésion ? Cette question délicate a été posée et résolue affirmativement par M. Richelot (2). Les observations dont il a justifié sa conduite hardie, sont des plus remarquables et des plus convaincantes. Il ne m'appartient pas de dire si les grandes névralgies pelviennes sont logiquement justiciables d'une castration ovarienne ou totale, de donner une indication ferme et précise dans des cas où le chirurgien n'a que sa conscience pour le guider. Aussi bien, la Société de Chirurgie ne s'est-elle prononcée dans aucun sens. « Pour moi, a dit mon maître Pozzi (3), c'est une lésion matérielle qu'il s'agit de découvrir, si petite qu'elle soit, une petite lésion pouvant s'accompagner d'une grande douleur. » MM. Quénu et Terrier ont émis la même idée. « Il est probable, a dit M. Terrier, qu'il y a dans ces cas des lésions locales ou des lésions de névrite ascendante ».

Ce qui ressort bien plus nettement des observations de M. Richelot, c'est que, dans les névralgies pelviennes, l'hystérectomie donne des résultats incontestablement supérieurs à la laparotomie.

(1) S. Pozzi. *Bull. et Mem. de la Société de Chir.*, 1891. t. XVII, p. 592, et Delaunay. Des opérations conservatrices de l'ovaire, *Th. de Paris*, 1893. V. aussi Martin. *Verhandl. der deut. Gesellsch. f. Gyn.* 1891, p. 242.

(2) G. Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1892. t. XVIII, p. 687.

(3) S. Pozzi. *Ibid.*, p. 736.

Déjà à plusieurs reprises mon maître Pozzi (1) avait indiqué ses préférences pour la castration totale par le vagin dans de tels cas. Les succès obtenus par M. Richelot les justifient pleinement.

Je crois donc pouvoir ainsi conclure : dans les cas exceptionnels où l'intensité et la tenacité d'une névralgie pelvienne détermineront le chirurgien à intervenir, c'est à l'opération de Péan qu'il devra donner la préférence.

Grossesse extra-utérine. — L'hystérectomie vaginale a été faite à ma connaissance, seulement six fois pour grossesse extra-utérine. Quatre fois par mon maître Segond (observ. 24, 59, 128 et 185), une fois par Rochet d'Anvers (2), une fois par Tournay (3). L'une des malades de M. Segond, opérée presque in extremis, succomba. Les trois autres guérirent. L'opérée de Rochet guérit également. Tournay avait d'abord tenté, sans succès, la laparotomie. l'hystérectomie par morcellement lui donna un succès complet.

D'une façon générale on peut dire que la grossesse extra-utérine étant une lésion éminemment unilatérale n'est justiciable que d'une opération conservatrice, laparotomie et ablation unilatérale, ou élytrotomie simple, et j'estime que Rochet, dont l'observation est très explicite à ce sujet, aurait dû choisir entre ces deux interventions. Il n'en va plus de même quand la grossesse ectopique est devenue le point de départ d'une suppuration pelvienne totale comme dans l'obs. 24. Ici la gravité des phénomèmes généraux commandait de choisir la voie vaginale comme moins grave et la pluralité des poches purulentes ne permettaient pas de s'en tenir à l'élytrotomie. Dans l'observation 59, les dimensions considérables de la poche, imposaient de tout sacrifier à la possibilité d'une hémorrhagie ou d'une infection. La bilatéralité des lésions chez les malades des observations 128 et 185 justifiaient la voie vaginale.

(1) S. Pozzi et E. Baudron. *Rev. de Chir.* 1891, p. 646 et S. Pozzi. *Traité de Gyn.*, 2e édit. p. 604.

(2) Rochet d'Anvers. — Un cas de grossesse tubaire. Hystérectomie vaginale Guérison. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn.* 1891. t. II. p. 136.

(3) Tournay. Cas de grossesse extra-utérine. Laparotomie infructueuse. Hystérectomie par morcellement. Guérison. 7e *Congrès franc. de chir.*, 1893. p. 450.

Rétroversion avec lésions bilatérales (suppurées ou non). — L'hystérectomie est formellement indiquée quand à des lésions bilatérales avérées s'ajoute encore une rétroversion de l'utérus. Enlever les annexes et fixer à la paroi abdominale un utérus toujours inutile et souvent nuisible, comme le conseille M. Terrier (1) est incontestablement une intervention bien inférieure à la castration totale par le vagin. J'ai vu mon maître Segond pratiquer en 1892 une hystéropexie dans de semblables conditions: il s'agissait d'un cas où il avait préféré la laparotomie à l'hystérectomie, la bilatéralité des lésions ne lui ayant pas paru absolument nette. Or, la malade, à laquelle on fut obligé d'enlever les annexes des deux côtés, a continué de souffrir, et, trois mois après avoir quitté l'hôpital, a éliminé ses fils. Il n'est point douteux que l'hystérectomie vaginale eût donné une guérison plus radicale et mieux rempli les indications opératoires.

Perforation chirurgicale de l'utérus. — J'ajouterai enfin, m'appuyant sur l'observation 58 de ce mémoire, que la perforation de l'utérus, au cours d'un curettage, peut nécessiter l'hystérectomie immédiate, d'urgence. Cela est surtout vrai si l'opérateur, et c'est le cas de l'observation citée, ne découvre la perforation qu'en ne voyant pas revenir les liquides antiseptiques (solution du sublimé ou d'acide phénique) qu'il injecte dans l'utérus. En pareille occurrence l'hystérectomie seule peut assurer l'évacuation de ces liquides dont l'abandon dans le péritoine aurait les plus graves conséquences.

Certainement, M. Pichevin ne connaissait pas ces détails, quand il écrivait (2), faisant allusion au cas dont je viens de parler : « Je n'imiterais pas la conduite de ce chirurgien qui pratiqua d'emblée l'hystérectomie vaginale pour remédier aux accidents éventuels consécutifs à une perforation utérine que la curette venait de produire. Cette chirurgie préventive me semble trop radicale. Dans la

(1) Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1891. t. XVII. p. 219.

(2) R. Pichevin. A propos de la perforation de l'utérus. *Méd. moderne*, 11 janv. 1893. nº 3. p 28.

crainte d'un danger on se précipite tête baissée dans une aventure qui est semée de périls ».

Il suffit de lire l'observation en question pour se convaincre qu'il ne s'agissait là ni de chirurgie préventive ni d'aventure semée de périls, mais bien d'une intervention d'urgence rationnelle et justifiée.

En résumé, comme l'a si bien dit M. Bouilly, l'hystérectomie vaginale est l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Observation I (Personnelle)

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse et ovaire polykystique à droite. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Jo..., âgée de 24 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 7 avril 1890, chambre 12bis.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 14 ans et demi d'une façon toujours régulière et normale. Mariée à 20 ans, elle fait à 23 ans une fausse couche de six semaines, suivie d'une pelvipéritonite qui nécessite un séjour de 2 mois au lit.

Complètement rétablie, elle devient enceinte au mois de septembre 1889 et contracte la blennorrhagie au sixième mois de sa grossesse. L'accouchement à terme fut des plus pénibles : le travail dura 15 heures. L'enfant eut une ophthalmie purulente et perdit l'œil gauche.

Depuis cet accouchement la malade garde le lit. Pendant un mois, elle eut des symptômes graves de pelvipéritonite (douleurs abdominales aiguës, météorisme, vomissements porracés, température atteignant 40° le soir). Vers le milieu de juillet, elle rendit par le rectum un grand verre de pus et fut soulagée pendant quelques jours.

Une nouvelle poussée la décide à entrer à la Maison municipale de Santé.

Examen local (sous chloroforme). — L'utérus en subinvolution est antéversé et peu mobile. Les annexes gauches sont confondues en une tumeur dure, ligneuse par places, très-adhérente, ayant le volume d'une mandarine. A droite, l'ovaire augmenté de volume est très-adhérent et la trompe dilatée forme un cordon bosselé du volume du petit doigt.

Etat général satisfaisant. Malade un peu amaigrie, très nerveuse. Appétit presque nul. Constipation opiniâtre.

Hystérectomie vaginale le 9 août 1890. — Morcellement de l'utérus en trois étapes. — Décortication complète des annexes.

La trompe et l'ovaire gauche forment une poche qui contient environ un demi-verre de pus. L'ovaire droit très-adhérent est bourré de

Nota. — Ces 200 observations sont inédites. Un grand nombre me sont personnelles. Les autres ont été recueillies par mes collègues et amis Thiercelin, Guitton, Wassilieff, Le Moniet, Malherbe et Cazin et par mon ami Le Masson, externe des Hôpitaux. Je leur adresse à tous mes remerciements.

kystes et la trompe présente les lésions ordinaires de la salpingite parenchymateuse.

Neuf pinces. Durée de l'opération 35 minutes.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. A partir de ce moment, la malade urine seule. Une selle abondante est provoquée par lavement, après l'ablation des pinces.

La température oscille autour de 38° le soir et 37°4 le matin, jusqu'au 7e jour, où elle devient normale.

Le pouls atteint 120° le soir du 1er, 2e et 5e jours.

Le tampon vaginal est enlevé le 4e jour et l'on fait des injections du sublimé à 1/4000.

La malade se lève le 21e jour (31 août).

Le 3 septembre, elle se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal fait reconnaître au niveau de la cicatrice et un peu à gauche un point fluctuant qui s'abcède le soir même, laissant couler deux cuillerées de pus. Dès lors la guérison est complète et la malade sort de l'hôpital le 8 septembre.

Revue très souvent. États général et local merveilleux. Appétence génitale plutôt exagérée. La guérison reste absolue jusqu'au mois de décembre 1893 où, sous l'influence d'une vaginite aiguë à gonocoques, la malade a présenté au niveau de l'angle droit de la cicatrice vaginale une tumeur mobile, lisse, fluctuante, douloureuse, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur a été incisée et tamponnée deux fois sans succès. Son contenu était un liquide séreux très clair. Le lundi 19 mars 1894, M. Segond en fait l'ablation par voie vaginale. La muqueuse vaginale étant incisée au niveau de la cicatrice est facilement séparée du kyste. Au cours du décollement, le kyste à contenu séreux s'est crevé. La poche a été excisée en totalité. Le péritoine a été ouvert. Actuellement en convalescence.

Observation 2 (Personnelle)

Abcès pelviens. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Éléonore Lor..., âgée de 39 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 7 août 1890, chambre 9.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 15 ans d'une façon normale. Mariée à 19 ans elle fait un accouchement normal à 20 ans 1/2 et une fausse couche de 4 mois à 26 ans.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 13 ans, la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs sourdes qui s'exaspèrent à chaque période menstruelle. Cet état a persisté avec des phases d'amélio-

ration jusqu'au mois d'octobre 1889. A ce moment les règles se suspendirent pendant deux mois. Elle eut l'influenza en novembre et à la suite une poussée de pelvipéritonite (fièvre vive, météorisme, vomissements porracés, etc). Au 4e jour de cette pelvipéritonite elle rendit par le vagin une quantité considérable de sang noirâtre, très-fétide. Au bout de six semaines elle entrait en convalescence et dès lors les règles revinrent régulières.

A la fin de mai 1890, nouvelle poussée et évacuation par le vagin d'un verre de pus. Depuis lors les douleurs abdominales ont augmenté au point de nécessiter l'usage quotidien de la morphine.

Examen local. — Le doigt introduit dans le vagin tombe sur un col utérin petit, conique, qui semble se continuer sans ligne de démarcation avec une masse qui remplit les culs-de-sacs vaginaux. L'hystéromètre montre que l'utérus est couché à la partie inférieure gauche de la tumeur. Le double palper fait constater deux tumeurs fluctuantes, ayant chacune le volume d'une tête de fœtus et dont l'ensemble avec le col utérin figure assez bien un cœur de carte à jouer. Toute la masse est absolument immobile dans le pelvis.

Etat général mauvais. Amaigrissement considérable. Anorexie. Constipation. Fièvre tous les soirs, 38.°2 à 38°.5.

Poumons et cœur sains.

Rien dans les urines.

Diagnostic. — Abcès pelviens.

Hystérectomie vaginale le 23 août 1890. — L'utérus tout-à-fait inabaissable est morcelé par étapes et enlevé en totalité, sauf le sommet trop adhérent aux anses intestinales. Chemin faisant les écarteurs ouvrent les deux poches qui laissent écouler chacune un grand verre de pus fétide.

Huit pinces à demeure, trois sur chaque ligament, deux sur le moignon utérin.

L'opération faite sans ouverture du péritoine a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — Les pinces sont retirées après 48 heures. Les tampons le 4me jour. Après l'ablation des pinces, la malade urine seule et a une selle abondante avec un lavement.

La température normale les trois premiers jours s'élève à 38°2 les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e, puis retombe à 37°. Le soir du 15e jour elle monte à 39° 6. La malade est agitée, sa langue est sèche, elle se plaint d'une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Le toucher fait reconnaître une tumeur chaude et fluctuante du volume d'un œuf de poule qui s'abcède spontanément au bout de deux jours, laissant écouler un demi-verre de pus.

Dès lors la guérison survient sans incident et le 30 Septembre la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Revue très souvent. État local merveilleux. État général parfait. Se plaint seulement de trop engraisser. (Revue la dernière fois le 10 avril 1894).

Observation 3 (Personnelle)

Hématosalpinx droit. — Salpingite suppurée et ovaire sclérokystique à droite. — Opération de Péan. — Guérison.

Marie Jam..,, âgée de 29 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 15 août 1890, chambre 3 bis.

Réglée à 12 ans d'une façon régulière, la malade n'a jamais eu ni grossesse normale ni fausse couche.

Au mois de janvier 1890, les règles furent extrêmement douloureuses. Les mois suivants elles redeviennent normales, mais au mois de juin elles s'accompagnèrent de souffrances tellement vives que la malade dut s'aliter. Un médecin diagnostique une colique hépatique et envoie la malade à la Maison municipale, dans un service de médecine, d'où elle passe en chirurgie le 15 août.

Depuis le mois de juin les règles sont survenues normalement, il n'y a pas eu de métrorrhagies. La malade, dont l'état général est excellent, se plaint d'une douleur vive dans la région des annexes droites, douleur qui résiste au repos.

Examen local. — L'utérus antéfléchi mesure 8 centimètres 1/2. Le col est attiré en arrière par des brides qui remplissent le cul-de-sac de Douglas. Le cul-de-sac latéral droit est effacé par une tumeur du volume d'une grosse orange, absolument immobile et séparée de l'utérus par un sillon très-net. Cette tumeur est peu douloureuse ; elle est d'une consistance dure, presque ligneuse. Les annexes gauches sont nettement augmentées de volume.

État général très bon, pas de fièvre.

Les lésions des annexes gauches ayant été reconnues sous chloroforme, on conclut à l'hystérectomie vaginale.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 23 août 1890. — L'utérus est enlevé par morcellement en trois étapes; on tombe à droite sur une poche tellement adhérente, qu'après l'avoir évacuée des caillots sanguins qu'elle renferme, on est contraint de la laisser en place.

L'ovaire gauche très-adhérent et bourré de kystes est enlevé ainsi que la trompe dilatée comme l'index et remplie de pus.

Huit pinces à demeure.

L'opération a duré 35 minutes.

Suites opératoires. — Jusqu'à l'ablation des pinces qui eut lieu après 48 heures, la malade fut très agitée et eut des vomissements incoercibles. Le 3[e] jour, selle abondante (lavement) ; la malade urine seule.

Les tampons sont enlevés le 5[e] jour.

La température s'élève à 38° le soir jusqu'au 7[e] jour. Le pouls, à 120 les deux premiers jours, tombe au-dessous de 100, les pinces enlevées.

La guérison fut retardée par une large escharre au sacrum qui fut constituée le 5[e] jour.

La malade se lève au bout de quatre semaines et quitte l'hôpital guérie le 28 octobre.

Dernières nouvelles en janvier 1894. — Etats local et général parfaits. Pas de bouffées. Se plaint de trop engraisser.

Observation 4 (Thiercelin)

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Viv..., âgée de 36 ans, entre le 15 Septembre 1890, à la Maison municipale de Santé, chambre 3.

Réglée à 16 ans, d'une façon régulière, elle se marie à 26 ans et, à 27 ans, accouche d'un garçon qui vit et est très bien portant. Cette couche très pénible nécessite l'application du forceps. Depuis cette époque la malade a des douleurs constantes dans le bas-ventre, les reins, les cuisses, la marche est impossible. Au moment des règles elles s'exaspèrent et ne peuvent être calmées que par des piqûres de morphine. Dans l'intervalle des règles à peu près normales en quantité il existe des pertes blanches abondantes.

Il y a 4 ans la malade eut des métrorrhagies profuses. M. Segond, consulté, diagnostique un corps fibreux sous-muqueux dont il fit l'extirpation. Les pertes cessèrent, mais les douleurs et la leucorrhée continuèrent.

Il y a 15 mois, nouvelles métrorrhagies : la malade consulte un autre chirurgien qui pratique une périnéorraphie et une amputation du col. Le soulagement fut très léger. Les douleurs apparurent intolérables, constantes, avec exacerbation au moment des règles. Celles-ci revenaient tous les quinze jours. Depuis six mois la malade garde le lit.

Examen local. — L'utérus donne la sensation d'une bille dure très mobile, il mesure 7 centimètres. Les trompes sont saines mais les ovaires, douloureux, sont triplés de volume.

L'exploration de l'utérus et des annexes provoque des douleurs presque syncopales.

Etat général mauvais, la malade est très amaigrie, très nerveuse, réclamant à chaque instant des piqûres de morphine auxquelles elle est habituée. L'appétit est nul, la constipation opiniâtre ; dès qu'elle prend un peu de nourriture, elle éprouve des pesanteurs au creux épigastrique. Le soir la température atteint presque toujours 38°2 à 38°4.

Le cœur et les poumons sont sains. Il n'y a rien dans les urines.

Diagnostic. — Dégénérescence kystique des deux ovaires.

Hystérectomie vaginale le 13 septembre. — Morcellement de l'utérus en trois étapes. Ablation des annexes. Les trompes sont fortement congestionnées et les ovaires, du volume d'une grosse noix, sont remplis de kystes.

Durée de l'opération : 30 minutes. Neuf pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles. Les pinces sont enlevées après 48 heures et les tampons le 4me jour. Après l'ablation des pinces la malade urine seule et va à la selle.

La température n'a jamais dépassé 37°7 ni le pouls 92.

La malade se lève le 18e jour et quitte l'hôpital le 29e jour après son opération. Elle ne souffre plus, est très gaie, mange avec appétit. Elle se passe de morphine. En un mot, elle est méconnaissable.

Revue la dernière fois en avril 1894. Toujours nerveuse. Etat local parfait. Aucun trouble supplémentaire. En somme, guérison totale et parfaite.

Observation 5 (Thiercelin)

Rétroflexion de l'utérus. — Salpingo-ovarite double.
Opération de Péan. — Guérison.

Madame Chevill..., âgée de 35 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 10 octobre 1890, chambre n° 7.

Réglée à 16 ans, d'une façon normale, elle se marie à 26 ans et accouche à 28 ans, d'une petite fille bien portante. L'accouchement fut laborieux et la malade raconte que deux heures après la délivrance elle ressentit dans le bas-ventre une douleur violente, presque syncopale. Depuis lors, cette douleur très atténuée persiste. Quatre mois après l'accouchement, elle voit un médecin qui met un pessaire et pratique une série de cautérisations. Elle garde ce pessaire trois mois et n'est point soulagée..

Les règles sont restées régulières, mais très abondantes et très douloureuses, au point que la malade garde le lit. Dans leur intervalle les douleurs sont moins fortes, mais la leucorrhée est très abondante.

Au mois de juillet 1890, elle reçoit un coup dans la région de l'ovaire gauche ; le soir elle a une métrorrhagie abondante et est transportée à la Maternité Baudelocque, où pendant un mois elle fut traitée par le repos et les injections chaudes.

Examen local. — L'utérus est en rétroflexion irréductible. Les annexes forment de chaque côté une petite masse du volume d'un œuf de poule, très douloureuse au toucher et peu mobile. Par le toucher rectal on sent un petit fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus.

Etat général bon. Les digestions sont pénibles; la constipation très opiniâtre.

Diagnostic. — Rétroflexion adhérente, salpingo-ovarite double probablement parenchymateuse.

Hystérectomie vaginale le 16 octobre. — Morcellement de l'utérus en trois étapes, ablation totale des annexes. Les trompes ont des parois épaisses, lardacées et entourent comme d'un croissant les ovaires kystiques.

Petite déchirure de la vessie produite avec l'écarteur : elle est suturée séance tenante avec trois fils de catgut.

Durée : 45 minutes. Neuf pinces à demeure.

Suites opératoires. — La température reste normale. Le pouls est à 120 les trois premiers jours, à 130 le 4e jour, puis redevient normal. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le 4e jour. Un lavement, donné le 3e jour, provoque une selle abondante.

La fistule est fermée le 30e jour. En voulant constater si cette occlusion est complète, on découvre au fond du vagin un tampon oublié, de gaze iodoformée.

La malade se lève le 25e jour.

La guérison est retardée par une congestion pulmonaire qui oblige la malade à s'aliter du 26 au 30 novembre. Elle part tout-à-fait guérie le 5 décembre.

Revue au bout de 18 mois. Etats général et local parfaits.

Observation 6 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Léontine Mor..., âgée de 24 ans, entre à la Clinique Baudelocque, salle Levret, N° 82, le 24 septembre 1890.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont bons, a été réglée à 16 ans d'une façon toujours normale

et régulière. Mariée à 20 ans, elle a un accouchement normal à 22 ans.

C'est seulement au mois de mai dernier que la malade commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation vers les cuisses, les reins. Ces douleurs occupaient tout l'hypogastre et la région des annexes sans prédominance d'aucun côté. Les règles ne vinrent pas : et il se confirma bientôt qu'elle était enceinte. Le 29 Juillet elle fit une fausse couche à la suite de laquelle elle eut une métrorrhagie qui dura huit jours. A partir de ce moment les douleurs prirent un caractère spécial d'acuité, la fièvre apparut, sans qu'il y ait eu cependant de vive réaction péritonéale. Les règles devinrent irrégulières et dans leur intervalle il existait une leucorrhée très abondante. Peu à peu l'appétit disparut, l'amaigrissement fit de rapides progrès et la malade, tout à fait impotente, n'a pas quitté le lit depuis sa fausse couche.

Examen local. — Utérus en subinvolution, antéfléchi, peu mobile = 9 centimètres. Les annexes gauches prolabées dans le cul-de-sac de Douglas forment une tumeur du volume d'une mandarine, elles sont tout à fait immobiles, dures, bosselées, très douloureuses au toucher.

Les annexes droites ont le volume d'un œuf de poule, elles sont un peu moins douloureuses, mais également très adhérentes aux parois pelviennes.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 15 octobre 1890. — Morcellement de l'utérus par étapes. Les difficultés d'abaissement rendent les manœuvres du morcellement laborieuses.

Les annexes gauches forment une poche suppurée (pyosalpinx et abcès miliaires de l'ovaire) qui est évacuée et décortiquée totalement. Les annexes droites ne peuvent être enlevées, on les crève avec le doigt et il s'en écoule un verre à Bordeaux de pus fétide. L'opération a duré 40 minutes. 4 pinces à demeure.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées après 48 heures, les tampons le 4ᵉ jour. Selle par lavement après l'ablation des pinces ; miction spontanée dès le 3ᵉ jour.

La température reste à 38°5 et le pouls à 120 pendant les trois premiers jours, puis l'un et l'autre tombent à la normale.

La malade se lève le 21ᵉ jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 9 Novembre 1891. Non revue.

Observation 7 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Périmétro-salpingite suppurée. Opération de Péan. — Guérison.

Madame Vig..., âgée de 30 ans, entre chez les Sœurs Augustines, de la rue de la Santé, le 15 octobre 1890.

Cette malade, dont les antécédents sont bons, a été réglée à 14 ans, d'une façon toujours normale. Mariée à 20 ans, elle accouche à terme à 23 ans d'un enfant bien portant. Depuis cette couche elle souffre dans le bas-ventre, surtout au moment des règles. Celles-ci sont toujours régulières mais fort abondantes, et, dans leur intervalle, il existe une leucorrhée qui, insensiblement, est devenue considérable.

En juillet 1889, la malade consulte M. Segond qui diagnostique une ovaro-salpingite double et pratique le curettage utérin. Cette intervention amène une disparition presque totale des pertes blanches et une assez notable diminution des douleurs. Celles-ci cependant persistent et au mois d'août la malade part pour Salies de Béarn. Sous l'influence du traitement thermal elle fait une poussée de pelvipéritonite suraiguë, ballonnement du ventre, vomissements porracés, pouls à 120, température oscillant autour de 39°. Localement une collection liquide se forme rapidement et vient bomber dans le cul-de-sac de Douglas. Le docteur Lejars, de Salies, pratique une ponction le 5 octobre et retire un demi-litre de sérosité louche. Les phénomènes aigus étant un peu apaisés, la malade est ramenée de Salies de Béarn dans une gouttière de Bonnet et conduite directement chez les Sœurs Augustines le 12 octobre.

Hystérectomie vaginale le 17 octobre 1890. — Sous chloroforme on constate l'enclavement complet de l'utérus au milieu de masses fluctuantes qui bombent dans les culs-de-sac latéraux et postérieur et remontent à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le morcellement par étapes est des plus laborieux. Chemin faisant les écarteurs ouvrent deux grands kystes séreux et trois abcès fétides. Une fois l'utérus enlevé on constate que le péritoine n'a pas été ouvert et que la brèche vaginale conduit dans une cavité fermée de toutes parts et pouvant admettre les deux poings.

Quatre pinces à demeure. L'opération a duré 1 heure 10.

Suites opératoires. — Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, et les tampons le 4e jour, après que la malade eût pris un lavement qui provoqua une selle peu abondante.

La température se maintient à 38°5 le soir et le pouls à 120 jusqu'au 6e jour.

Les vomissements persistèrent pendant 7 jours. Et ce ne fut qu'à partir du 8ᵉ jour que la malade, soutenue jusque-là avec du champagne et des grogs, commença à s'alimenter.

Dès lors la convalescence marcha rapidement et au bout de quinze jours la malade était méconnaissable. Le 21ᵉ jour elle se levait et au bout d'un mois, quittait la Maison de santé, ne souffrant plus et tout-à-fait transformée.

Revue souvent, la dernière fois en avril 1894, toujours nerveuse, impressionnable, se plaint de sensation de brûlure, d'ailleurs très-supportable, dans le pelvis, au moment des règles. Etat général exeellent.

Observation 8 (Personnelle)

Rétroflexion adhérente. — Ovaires scléro-kystiques. Opération de Péan. — Guérison.

Madame Morv..., âgée de 34 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 15 octobre 1890.

Réglée à 13 ans, assez régulièrement, cette malade n'a jamais eu d'enfants.

En 1884 elle fut soignée par le professeur Vulpian pour des troubles dyspeptiques et nerveux. La consultation de Vulpian portait le diagnostic : Nervosisme et anémie.

Les troubles utérins remontent à la fin de 1888, sans cause appréciable, les règles ont augmenté d'abondance et de fréquence. Elles revenaient tous les vingt jours et s'accompagnaient de douleurs dont l'intensité était parfois extrême. Entre deux périodes menstruelles la malade avait à peine einq jours à ne point souffrir. Le lit ne procurait aucun soulagement. Depuis le mois de janvier 1890 les promenades sont devenues pénibles.

Au mois de mai, métrorrhagie abondante qui a duré 8 jours, suivie d'une période douloureuse très aiguë. Au mois de juillet deuxième métrorrhagie moins abondante et suivie de douleurs moins vives.

L'état général s'est, dès lors, aggravé. Les digestions sont devenues très pénibles, la défécation très douloureuse « comme si quelque ehose pesait sur le reetum. » La malade est très anémiée, très amaigrie.

Elle voit successivement cinq ehirurgiens qui, tous, conseillent l'ablation des annexes.

M. Segond, consulté, diagnostique, outre un déplacement du rein droit, une salpingo-ovarite double et une rétroflexion irréductible et propose l'ablation totale.

Hystérectomie vaginale le 21 octobre 1890. — L'utérus est enlevé par moreellement en quatre étapes. Les annexes sont enlevées en

totalité. Les lésions analogues des deux côtés sont les suivantes : trompe de la grosseur du petit doigt à parois épaisses, dures, le pavillon est oblitéré. Les ovaires sont bourrés de kystes, à droite il existe un petit kyte séreux du volume d'une très grosse noix.

Durée de l'opération : 40 minutes. Huit pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles. Le pouls et la température sont restés normaux.

Les pinces sont retirées après 48 heures et la malade a une selle abondante provoquée par un lavement. Les tampons sont enlevés le 4e jour. Dès lors la malade urine seule.

Elle se lève le 20e jour et rentre chez elle le 25e jour, ne souffrant plus.

Revue plusieurs fois, la dernière fois en avril 1894. Etats général et local parfaits.

Observation 9 (Personnelle)

Abcès pelvien fistuleux dans le rectum. — Opération de Péan.— Guérison.

Madame R..., âgée de 35 ans, est opérée à Nantes, le 12 septembre 1890, dans le service du docteur Poisson.

Cette malade, réglée à 13 ans et demi, d'une façon régulière et normale, s'est mariée à 28 ans. Immédiatement après son mariage elle commença à avoir des pertes blanches très abondantes et à souffrir en urinant. Il est donc vraisemblable qu'elle contracta une blennorrhagie. Bientôt apparurent des douleurs abdominales continuelles, la marche devint pénible, de jour en jour la malade s'affaiblissait.

Au mois de juillet 1890, elle eut par le rectum une abondante évacuation de pus. Le docteur Poisson, de Nantes, constata dans le cul-de-sac droit une tumeur fluctuante, douloureuse, du volume d'une tête de fœtus, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope. A gauche, les annexes formaient une tumeur dure du volume d'une grosse orange.

Il propose une opération qui est refusée. Mais la fièvre vive, 39° tous les soirs, l'évacuation incessante de pus par le rectum, l'amaigrissement rapide, déterminèrent bientôt la malade à accepter une intervention qui fut pratiquée à Nantes, le 12 septembre 1890, par M. le docteur Segond.

Hystérectomie vaginale. — L'utérus, absolument enclavé au milieu de collections purulentes, est morcelé laborieusement par étapes. Au cours de l'opération, les écarteurs crèvent successivement deux poches latérales contenant environ chacune un grand verre de pus très fétide. Une troisième poche identique se vide au moment de l'extraction du

fond de l'utérus. On constate que l'opération est complète et que le péritoine n'est pas ouvert.

Six pinces à demeure. Durée de l'opération : 45 minutes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade avait des sueurs froides, le facies grippé, des tendances aux syncopes, le pouls filiforme.

Le lendemain la température et le pouls tombaient à la normale.

Les pinces furent enlevées après 48 heures. En retirant les tampons le 4e jour on s'aperçut que la malade perdait des matières par le vagin.

Cette fistule persista 15 mois et se ferma spontanément. Un mois après l'opération, la malade était méconnaissable et actuellement sa santé est florissante et elle n'éprouve plus la moindre douleur. Revue mars 1894. Guérison merveilleuse.

Observation 10 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Méa..., âgée de 30 ans, entre à la clinique Baudelocque, salle Levret, lit N° 93, le 15 octobre 1890.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires sont excellents, a été réglée à 13 ans, d'une façon toujours régulière et normale. Mariée à 21 ans elle devint immédiatement enceinte et accoucha à 22 ans, à terme et sans incident.

Six semaines après son accouchement elle commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations vers les reins et les cuisses.

Le retour de couches se fit à la huitième semaine et dès lors la menstruation redevint régulière. La malade se fit immédiatement soigner et comme elle avait des pertes blanches assez abondantes, on lui fit de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent.

Il y a 14 mois, à la suite d'une cautérisation, elle eut une poussée aiguë, douleurs très vives dans la région des annexes, surtout à gauche, anorexie, fièvre. Après un séjour au lit d'une semaine environ, les phénomènes aigus disparurent.

Les douleurs, surtout vives à gauche, persistèrent, s'exaspérant à la moindre fatigue mais se calmant au moment des règles. Jamais de métrorrhagies. Leucorrhée abondante.

Au mois de mars 1890, nouvelle poussée aiguë, et au bout de trois jours, douleurs violentes dans la fosse iliaque, l'évacuation par l'anus d'un verre Bordeaux de pus amène une détente. Depuis cette époque elle rendit fréquemment du pus dans les selles et pour la dernière fois le 7 octobre.

Etat général satisfaisant, pourtant amaigrissement assez notable ; la malade est très nerveuse. Il y a trois ans elle a eu des attaques d'hystérie.

Examen local. — Utérus gros = 8 centim. 1/2, en antéversion, peu mobile.

Les annexes gauches forment une tumeur du volume d'une grosse orange accolée au rectum, très dure, très douloureuse ; à droite, les annexes ont le volume d'un œuf de poule, elles sont dures, bosselées.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 22 octobre 1890. — L'utérus est enlevé en 4 étapes. Les annexes gauches très adhérentes sont décollées avec difficultés. L'ovaire et la trompe confondus forment une poche épaisse qui contient des fongosités. La trompe droite renferme un verre à Bordeaux de pus épais, non fétide. Les annexes des deux côtés sont enlevées complètement.

Douze pinces à demeure. L'opération a duré 3/4 d'heure.

Suites opératoires. — Aucune élévation thermique. Pouls ne dépasse pas 100, les deux premiers jours.

Les pinces sont enlevées après 48 heures. Selle abondante après le lavement. Les tampons sont laissés jusqu'au 4e jour.

La malade se lève le 20e jour. Elle quitte l'hôpital le 23e jour, ne souffrant plus.

Revue en février 1894. — Guérison absolue.

Observation II (Personnelle)

Salpingite catarrhale. — Dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Par..., âgée de 35 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 26 octobre 1890, salle Levret, n° 83.

Réglée à 16 ans, d'une façon régulière, cette malade a eu à 19 ans une fièvre typhoïde grave.

Mariée à 20 ans, elle devient immédiatement enceinte et accouche à terme. Deux mois après cet accouchement, à la suite d'une grande fatigue, elle ressent de vives douleurs abdominales qui l'obligent à garder le lit durant plusieurs jours.

Pendant deux ans ces douleurs se manifestèrent de temps à autre, surtout vives entre deux époques et plus accentuées du côté gauche.

Au mois d'avril 1889, nouvelle crise aiguë qui obligea la malade à garder le lit durant quinze jours. Elle eut, dit-elle, de la fièvre.

A partir de ce moment les règles deviennent douloureuses et irré-

gulières. Les douleurs gagnent le côté droit et vers la fin d'août elles revêtent un tel caractère d'intensité, surtout au moment des règles, que la malade prend le lit qu'elle ne quitte plus jusqu'au moment de son entrée à Baudelocque.

La malade, pendant l'évolution de sa maladie, n'a jamais eu ni métrorrhagie, ni leucorrhée.

Examen local. — Utérus = 8 centim. 1/2, en rétroversion mobile. Des deux côtés les trompes donnent la sensation d'un cordon dur de la grosseur du petit doigt. Les ovaires, prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, sont durs, doublés de volume et extrêmement douloureux.

Etat général bon. Malade très nerveuse, dyspeptique depuis de longues années.

Diagnostic. — Salpingite catarrhale. Ovaires scléro-kystiques.

Hystérectomie vaginale le 29 octobre 1890. — L'utérus est morcelé en trois étapes, une des pinces à demeure dérape et donne lieu à une légère hémorrhagie, rapidement arrêtée. L'ablation des annexes est totale. Celles du côté gauche sont très adhérentes. Les deux trompes présentent des lésions classiques de la salpingite catarrhale, leurs pavillons sont oblitérés. Les ovaires sont remplis de kystes.

Douze pinces à demeure. L'opération a duré 45 minutes.

Suites opératoires. — Nulles. Le pouls n'a jamais dépassé 100 et la température est restée à 37°, sauf le 6e jour, où elle monte à 39° pour redevenir normale dès le lendemain.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures et les tampons le 4e jour.

La malade urine seule le 4e jour et a une selle abondante provoquée par un lavement, le soir du troisième jour.

Elle se lève le 20e jour et quitte l'hôpital le 25e jour, ne souffrant plus Elle a été depuis fréquemment revue et sa guérison se maintient complète.

Revue en avril 1894 pour la dernière fois. Etat local parfait. Bouffées menstruelles légères.

Toujours nerveuse mais sans crises.

En résumé, état général superbe, activité reprise. Guérison complète.

Observation 12 (Personnelle)

Pelvipéritonite ancienne. — Pyosalpinx double énorme.
Opération de Péan. — Mort le 3e jour.

Mme Fat...., âgée de 39 ans, entre chez les Sœurs de la rue de la Santé, le 28 octobre 1890.

Cette malade a été réglée à 14 ans d'une façon toujours régulière; mariée à 25 ans, elle a eu cinq enfants, dont le dernier au mois de mars 1890. C'est à la suite de cet accouchement qu'elle a fait une suppuration pelvienne grave. Au mois de mai, M. Ribemont-Dessaignes a incisé au dessus de l'arcade gauche de Fallope, une énorme collection purulente. Soulagée momentanément par l'évacuation de cette poche, elle fut, vers le milieu de juillet, reprise de nouveaux phénomènes fébriles et douloureux. M. Segond, appelé à voir la malade le 27 octobre, constate :

L'utérus absolument enclavé est refoulé si haut que le doigt peut à peine arriver sur le col. A droite, il existe une collection purulente qui bombe dans le cul-de-sac latéral et postérieur et remonte à deux travers de doigt au dessus de l'arcade de Fallope. Le volume en est égal à une tête de fœtus. A gauche, on sent un volumineux empâtement au sein duquel se perd le fistule résultant de l'incision antérieurement pratiquée par M. Ribemont.

Diagnostic. — Pyosalpinx double. Périmétro-salpingite suppurée.

État général. — Malade très affaiblie, n'ayant plus d'appétit, et malgré cela, ayant conservé un embonpoint énorme.

Hystérectomie vaginale le 30 novembre 1890. — Le morcellement de l'utérus est des plus laborieux, l'extrémité des écarteurs atteignant à peine le col. L'utérus est enfin enlevé. La collection droite contient un liquide séro-fibrineux; au moment où le fond de l'utérus est dégagé, on ouvre une poche qui contient un grand verre de pus fétide. La tumeur gauche est effondrée avec les doigts, elle contient également un verre de pus très fétide. Un drain est passé de l'incision sus-inguinale fistuleuse dans le vagin. Dix pinces sont laissées à demeure; elles sont si profondément placées, que les anneaux affleurent la vulve. L'opération a duré une heure un quart. Elle a été complètement extra-péritonéale.

Suites opératoires. — La malade est difficile à réveiller, dans l'après-midi, elle accuse un véritable bien-être, mais le pouls est petit ; la température est de 37°8. Elle commence seulement à uriner par la sonde à demeure, le soir sur les six heures. La nuit est bonne. Le lendemain matin, la température est à 37°8, mais le pouls reste filiforme. A deux heures de l'après-midi, la malade a une syncope qui dure 10 minutes. Le pouls devient incomptable, elle perd connaissance de nouveau et meurt à six heures du soir.

Observation 13 (Personnelle)

Pyosalpinx double avec collections purulentes pelviennes très volumineuses. — Opération de Péan. — Mort le 15e jour.

Mme Heur...., âgée de 34 ans, entre le 2 novembre 1890 à la clinique Baudeloeque, salle Levret, lit n° 86.

Antécédents. — Réglée à 13 ans d'une façon toujours régulière et normale, cette malade se marie à 21 ans. Elle devient enceinte à 24 ans et accouche à terme sans complication. Une deuxième grossesse survient il y a 3 ans. C'est à la suite de cette grossesse (l'accouchement eut lieu à terme), qu'elle commença à souffrir dans le ventre. Sans poussée aiguë, mais insidieusement, les douleurs se localisèrent dans la région des annexes avec prédominance du côté gauche. La menstruation devient douloureuse et régulière, et dans l'intervalle apparut une leucorrhée assez abondante. Il y a 18 mois, une fausse couche de deux mois environ aggrava la situation. Une poussée de pelvi-péritonite aiguë consécutive obligea la malade à garder le lit près de deux mois. Quand elle se releva, les douleurs étaient telles que la moindre fatigue, le moindre travail devinrent rapidement impossibles. A chaque instant, la malade était contrainte de reprendre le lit. A la fin du mois d'octobre 1890, à l'occasion d'une fatigue un peu plus grande (la malade avait lavé son parquet), survint une nouvelle poussée aiguë pour laquelle la malade entra à la clinique Baudelocque.

A son entrée, on constate que l'utérus est complètement enclavé au milieu de collections purulentes, qui bombent dans les culs-de-sac latéraux et postérieur et remontent presque jusqu'à l'ombilic.

Bien que la malade ait conservé un notable embonpoint, l'état général est grave, elle a la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39° à 40° tous les soirs) et un peu de subdelirium. Depuis quelques jours, il existe, malgré une constipation très forte, une rectite glaireuse très abondante, qui fait penser à une tendance d'un des abcès pelviens à s'ouvrir dans le rectum.

Diagnostic. — Pyosalpinx double ; pelvi-péritonite suppurée.

Hystérectomie vaginale le 7 novembre 1890. — La malade ayant un embonpoint considérable, le morcellement est des plus laborieux. C'est à peine si les écarteurs ordinaires de Péan dépassent la portion cervicale de l'utérus. Au cours de l'opération, deux collections purulentes contenant chacune un demi-litre de pus fétide sont crevées à droite de l'utérus : à gauche, on ouvre une collection séro-hématique. Il est impossible d'enlever le fond de l'utérus qui est fixé au milieu des masses friables. L'opération dure une heure et demie. Quatre pinces à demeure.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 37° et la malade éprouvait un bien-être très manifeste. Les pinces furent enlevées au bout de 48 heures, et l'on s'aperçut alors qu'il passait une certaine quantité de matières fécales par le vagin. Tout cependant alla bien jusqu'au 5e jour. A ce moment, la température se releva brusquement à 39°, l'état général devint mauvais, la sécrétion vaginale prit un caractère fétide, et le 15e jour, la malade succombait dans le délire avec tous les signes d'une double broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie démontra que l'intervention avait été incomplète. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine qu'il avait été impossible d'extirper, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide. La perforation rectale, très petite, était située très bas dans le vagin. Les deux poumons présentaient les signes classiques d'une broncho-pneumonie infectieuse.

Observation 14 (Thiercelin)

Pyosalpinx tuberculeux double. — Tuberculose utérine.
Opération de Péan. — Mort le 3e jour.

Madame Capp..., âgée de 22 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 3 novembre 1890, chambre 9.

Antécédents. — La mère de cette malade est morte tuberculeuse. Le père, vivant, est bien portant. Depuis l'âge de 8 ans, la malade tousse presque sans cesse.

Réglée à 17 ans, elle se marie à 20 ans, elle accouche à terme il y a 4 mois. Un mois environ après l'accouchement, elle commence à souffrir dans le ventre. Les règles deviennent très abondantes, et s'accompagnent de douleurs très vives, surtout du côté gauche, avec irradiations vers les reins et les cuisses. Ces douleurs sont telles que la malade est obligée de s'aliter. Dans l'intervalle des règles, il existe une leucorrhée abondante. Chaque soir la température s'élève à 38°5 : Sueurs nocturnes très abondantes, amaigrissement notable ; anorexie. Depuis le début des accidents, la toux s'est exagérée. Pourtant à l'auscultation on ne trouve que quelques râles disséminés des deux côtés de la poitrine, et un peu d'obscurité de la respiration et de submatité au sommet gauche. Expectoration nulle. Jamais d'hémoptysie. Cœur sain. Urines normales.

Examen local. — Utérus = 8 centimètres 1/2 en rétroflexion adhérente. Le col entrouvert laisse écouler un liquide purulent très abondant. A gauche, les annexes forment une masse dure, bosselée, irrégulière, du volume d'une mandarine, tout à fait accolée aux parois pelviennes. A droite, elles donnent la sensation d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, très dure et très douloureuse.

Diagnostic. — Pyosalpinx double, peut-être tuberculeux.

Hystérectomie vaginale le 15 novembre 1890. — Morcellement de l'utérus en trois étapes, sans incident, décortication laborieuse des annexes gauches qui sont enlevées en totalité : les annexes droites sont enlevées incomplètement.

Les ovaires sont transformés en masses caséeuses qui s'effritent sous le doigt : la trompe gauche est remplie de matière caséeuse. Au fond de l'utérus, près de la corne utérine, on trouve un tubercule de la grosseur d'une noisette.

L'opération a duré 35 minutes. Huit pinces à demeure.

Suites opératoires. — Le soir la température est à 37°2 ; le pouls à 120 ; les douleurs sont très vives. Le lendemain matin, la température est de 37° ; mais le pouls est à 160 et le soir la température s'élève à 38°6 et le pouls devient incomptable. La malade est prise d'une douleur suraiguë dans la fosse iliaque gauche, douleur que la morphine parvient à peine à calmer. Rapidement le ventre se ballonne, les extrémités se refroidissent, les vomissements deviennent incoercibles, muqueux d'abord, puis porracés, et la malade meurt le 4e jour en pleine connaissance.

Observation 15 (Thiercelin)

Utérus infantile. — Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite catarrhale double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Par...., âgée de 29 ans, entre à la Maison municipale de Santé le 10 novembre 1890, chambre 12.

Antécédents. — Cette malade a été réglée à 11 ans, mais d'une façon tout à fait irrégulière jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque, elle eut une métrorrhagie très abondante, après laquelle les règles furent normales pendant 6 mois. De nouveau les époques redevinrent irrégulières revenant tous les quinze jours, tantôt très abondantes, véritables ménorrhagies, tantôt marquées par quelques gouttes de sang.

Mariée à 23 ans, la malade n'a jamais eu d'enfants, à 25 ans, apparaissent des douleurs au niveau des annexes gauches et bientôt à la région des annexes droites. Les règles, devenues régulières, exaspèrent les douleurs, si bien que, pendant toute leur durée, et même huit jours avant leur apparition, la malade est obligée de se coucher. Dans l'intervalle des règles, la moindre fatigue provoque une aggravation de douleurs. La leucorrhée est assez abondante. La malade a été soignée pendant trois ans par tous les révulsifs connus, sans le moindre soulagement.

Examen local. — L'utérus est extrêmement petit, très dur, il mesure 5 cent. 1/2. Les ovaires sont gros comme des petits œufs de poule, si

bien que l'utérus et les ovaires semblent une série de trois organes de volume égal. En raison de l'arrêt de développement de l'utérus et de sa disproportion avec les ovaires, M. Segond propose la castration utéro-ovarienne.

Hystérectomie vaginale le 22 décembre. — L'utérus est morcelé en 2 étapes. Les annexes viennent d'elles-mêmes à la vulve et sont enlevées.

L'opération a duré vingt minutes. Huit pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles. Température normale. Pas de modification du pouls. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. La malade urine seule, et va à la selle après un lavement.

Elle se lève le 18e jour et quitte l'hôpital le 20e jour.

Elle a été revue à plusieurs reprises, la guérison est complète.

Revue la dernière fois en Janvier 1894 ; états général et local parfaits.

Observation 16 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Col..., âgée de 29 ans, entre le 25 novembre 1880 à la Clinique Baudelocque, salle Levret, n° 90.

Antécédents. — Cette malade, dont les antécédents sont parfaits, est réglée à 14 ans, d'une façon régulière. Elle se marie à 19 ans et a quatre grossesses normales à 20, 21, 23 et 24 ans. Elle souffre du bas-ventre depuis son premier accouchement, c'est-à-dire depuis six ans, surtout dans le côté gauche. A la moindre fatigue les douleurs s'exagéraient ; le repos prolongé les faisait presque complètement disparaître.

Il y a quatre ans, à la suite du dernier accouchement, une poussée de pelvi-péritonite aiguë obligea la malade à s'aliter pendant quinze jours. Depuis lors les douleurs sont continuelles, les règles sont devenues très abondantes et très douloureuses, et dans leur intervalle il existe une leucorrhée abondante. L'état génénal s'est altéré ; la malade a maigri, la moindre fatigue est devenue pénible.

Il y a trois ans, nouvelle poussée aiguë surtout violente à gauche ; soignée à l'Hôtel-Dieu par le repos et les injections chaudes. A sa sortie de l'hôpital, elle voit un médecin, qui lui conseille un pessaire, qui la soulage pendant quelque temps, mais augmente les pertes blanches. C'est de ce moment que la malade souffre du côté droit. Il y a trois mois et demi, troisième poussée aiguë qui dure un mois. Après deux mois de mieux-être, poussée nouvelle qui détermine la malade à entrer à l'hôpital.

Examen local. — L'utérus en situation normale, mais un peu dévié à droite, est complètement immobile. Il mesure 8 centimètres 1/2. Les sécrétions du col sont purulentes. A gauche, on perçoit une tumeur du volume d'une très grosse orange, très douloureuse, immobile, fluctuante. A droite les annexes ont un volume moitié moins considérable. Elles sont très douloureuses, très adhérentes, dures. Fièvre tous les soirs, 38°5 en moyenne ; 37· le matin. La malade est amaigrie, les yeux sont excavés, le nez effilé, le facies fatigué. Elle dort mal, a des sueurs nocturnes abondantes et des souffrances qui nécessitent une piqûre de morphine. L'inappétence est complète, les digestions difficiles, la constipation opiniâtre, les vomissements bilieux fréquents..

Les poumons et le cœur sont sains; les urines normales.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 6 décembre 1890. — L utérus est morcelé par étapes assez laborieusement. La poche gauche est crevée au cours de l'opération, elle contient un verre de pus. Une fois l'utérus enlevé, cette poche est décortiquée en totalité ; elle est formée par la trompe à laquelle adhère l'ovaire bourré de petits abcès miliaires. Les annexes gauches sont décortiquées, la trompe dilatée contient une cuillerée de pus, l'ovaire est rempli de petits kystes. Huit pinces à demeure. Durée de l'opération : 40 minutes.

Suites opératoires. — Dès le soir la température tombe à 37° et s'y maintient. Le pouls n'a jamais dépassé 90. Les pinces sont retirées après 48 heures. Les tampons le 4e jour. La malade urine seule une fois les pinces enlevées et a une selle abondante provoquée par un lavement le 3e jour. Elle se lève le 20e jour et part guérie le 25e jour.

Revue six semaines après l'opération, elle est méconnaissable tant elle a repris d'embonpoint. Elle ne souffre plus.

Observation 17 (Thiercelin)

Suppuration pelvienne antérieurement traitée par laparotomie et ablation bilatérale des annexes. — Récidive. — Abcès pelvien. Opération de Péan. — Guérison.

Madame Pet..., âgée de 34 ans, entre le 3 décembre 1890 à la Maison municipale de Santé, chambre 3.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, cette malade a toujours souffert au moment de ses règles. Elle se marie à 16 ans et à 17 ans, commence à éprouver dans le bas-ventre, surtout à gauche, des douleurs très vives avec irradiations vers les reins et les cuisses. Elle n'a jamais été enceinte. En 1881 (elle avait 25 ans) elle a une pleurésie gauche

traitée par 7 ponctions. La dernière ramène un liquide purulent. On pratique alors l'empyème et la résection d'une partie de la 5e côte. La guérison est complète en quelques mois.

Les douleurs hypogastriques deviennent continuelles et bilatérales. Les règles sont profuses, et dans l'intervalle la leucorrhée est abondante. Le soir il existe fréquemment de la fièvre. Au commencement de 1889, survient une poussée de périmétro-salpingite pour laquelle la malade consulte M. Doléris. La poussée aiguë apaisée, M. Doléris pratique la laparotomie et enlève (1).

A gauche une tumeur massive faite de l'ovaire et de la trompe confondue en une masse du volume d'un gros œuf de dinde adhérente à l'S iliaque, à l'intestin grêle et au grand épiploon par des adhérences les unes anciennes et résistantes, les autres récentes et demi-molles. Le pavillon de la trompe est distendu par un caillot solide.

A droite, une tumeur moindre formée par la trompe et l'ovaire prolabés et unis par de solides adhérences, qui les fixent en arrière de l'utérus et à l'épiploon. Pendant 7 mois, la guérison parut complète. Puis les douleurs reparurent et il y a 3 mois la malade rendit par le rectum une assez grande quantité de pus. Il persiste depuis cette époque une fistule purulente rectale.

Examen. — L'utérus est tout à fait enclavé dans le bassin. Le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche sont remplis par une volumineuse tumeur rénitente, très douloureuse.

Diagnostic. — Abcès pelvien fistuleux.

Hystérectomie vaginale, le 6 décembre 1890. — L'utérus est morcelé par étapes. Puis la tumeur est crevée ; elle ne contient pas de pus, mais d'abondantes fongosités qui sont enlevées avec le doigt. Le péritoine n'est pas ouvert ; de tous côtés, la séreuse est fermée par de fausses membranes, qui saignent abondamment en nappe. Aussi fait-on un tamponnement avec des lanières de gaze iodoformée, imbibée d'eau de Pagliari. Sept pinces sont laissées à demeure. L'opération a duré 40 minutes.

Suites opératoires. — Aucune élévation thermique ; pas de réaction du pouls. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures et les tampons seulement le 5e jour. Selle abondante après lavement, le 3e jour. La malade urine seule, une fois les tampons enlevés. Elle se lève le 20e jour et quitte l'hôpital le 26e jour. Elle ne souffre plus et ne perd plus de pus par le rectum.

Revue six mois plus tard, souffrait encore. Plus de fièvre, ni d'évacuation purulente. Aux douleurs persistantes, s'ajoutent les douleurs d'une volumineuse éventration.

En 1892 (juillet), la guérison paraît complète.

(1) Nous devons ces détails à M. Doléris.

Juin 1893, poussée aiguë, fièvre vive, formation d'une nouvelle collection dans la fosse iliaque droite, qui s'ouvre dans le rectum.

Laparotomie en juillet pour guérir l'éventration. Rien dans la fosse iliaque, à peine quelques adhérences intestinales légères. Actuellement (Avril 1894) se plaint de douleurs vagues au niveau de la cicatrice abdominale.

Observation 18 (Thiercelin)

Ovaires scléro-kystiques. — Rétroflexion adhérente. — Kyste séreux de la face postérieure de la vessie. — Opération de Péan. Guérison.

Mme Vve Job...., âgée de 30 ans, entre le 6 décembre 1890 à la Maison municipale de Santé.

Antécédents. — Réglée à 13 ans 1/2 d'une façon normale, elle commence à souffrir dans le bas-ventre, vers 18 ans. Elle travaillait alors à la machine plus de quinze heures par jour. Les règles très abondantes étaient fort douloureuses et dans l'intervalle la malade perdait beaucoup en blanc. Elle se marie à 24 ans 1/2 et accouche au bout d'un an à terme sans incident. Pendant sa grossesse, elle eut fréquemment des pertes de sang, et après l'accouchement des métrorrhagies pendant quatorze mois. Depuis lors les règles sont demeurées très abondantes et très douloureuses ; dans l'intervalle, la leucorrhée est considérable et la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs violentes irradiées vers les reins et les cuisses qui l'empêchent de travailler et la forcent souvent à prendre le lit.

L'état général est assez bon. Les digestions sont pénibles. Les poumons et le cœur sont sains ; les urines normales.

Examen local. — L'utérus est en rétroflexion adhérente. Les ovaires très gros sont prolabés dans le cul-de-sac de Douglas et adhérents ; les trompes donnent la sensation de cordons durs, douloureux surtout à droite et du volume du petit doigt. On perçoit en avant de l'utérus, dans le cul-de-sac vésico-utérin, une tumeur du volume d'une noix, très mobile, qui est diagnostiquée : fibrôme pédiculé de la paroi antérieure de l'utérus.

Diagnostic. — Ovaires scléro-kystiques. Rétroflexion adhérente.

Hystérectomie vaginale, le 13 décembre 1890. — Une fois le cul-de-sac antérieur ouvert, on tombe sur la petite tumeur qui manifestement est développée dans la paroi postérieure de la vessie. Pendant qu'on la dissèque, elle se crève et laisse écouler un verre à liqueur de liquide citrin (*1*).

(1) Ce cas curieux de kyste de la paroi vésicale postérieure a été communiqué au 5e Congrès de chirurgie. (*Congrès français de chirurgie*, 1891. 5e session, p. 20).

L'utérus est enlevé par étapes, puis les annexes en totalité.

Les trompes ont leurs parois épaissies et leur pavillon oblitéré ; elles ne contiennent pas de liquide. Les ovaires très gros sont bourrés de kystes. 6 pinces à demeure. Durée de l'opération : 40 minutes.

Suites opératoires. — Le soir la température est à 37° 6, le pouls à 84.

Le 2me jour : Matin, t. = 38° 4 P = 116.
Soir, t. = 38° 6 P = 128.

Vomissements abondants verdâtres, douleurs vives dans le bas-ventre. Pas de ballonnement.

Le 3me jour : Matin, t. = 39° 6 P = 140.
Soir, t. = 39° 8 P = 180.

Vomissements fréquents porracés. Pas de ballonnement du ventre. Ablation des pinces sans incident. Le facies est bon. Un lavement provoque une émission de gaz assez abondante, mais pas de matières. Injection de 20 gr. de sérum artificiel.

Le 4e jour, atténuation des symptômes.

Matin, t. = 38° 2 P = 120.
Soir, t. = 38° 4 P = 120.

Les vomissements sont moins fréquents. Sérum 20 grammes.

Le 5me jour, selles abondantes. La température et le pouls redeviennent normaux. Sérum 20 grammes.

Le 7me jour, la malade est complètement hors de danger. Cette poussée grave de péritonite est restée très localisée. Elle peut s'expliquer par une infection due aux manœuvres un peu longues nécessitées par la dissection du kyste vésical. La malade se levait le 20e jour, et quittait l'hôpital le 6 Janvier 1891 en parfait état.

Elle a été revue en août 1892. Etats général et local parfaits.

Observation 19 (Personnelle)

Périmétro-salpingite suppurée. — Abcès pelviens.
Opération de Péan. — Mort le 3e jour.

Madame Bern..., âgée de 29 ans, entre le 22 novembre 1890, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Schwartz.

Antécédents.— Réglée à 13 ans d'une façon normale, n'ayant jamais souffert du ventre, elle fait le 7 novembre 1890 une fausse couche de six semaines, probablement provoquée. Trois jours après, elle est prise de fièvre, de douleurs abdominales violentes, de vomissements. Son état s'aggravant, elle est apportée le 22 novembre dans le service du Dr Schwartz.

Etat local. — Le col, de dimensions et de consistance normales, est immobile. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux et empâté. Le cul-de-sac latéral gauche est rempli par une masse volumineuse et dure qui se continue en arrière et déprime le cul-de-sac postérieur. Le toucher rectal permet d'apprécier l'inégale consistance de cette tumeur qui, molle par places, est très dure en certains points. Le palper bimanuel donne peu de renseignements, car il est rendu presque impossible par la sensibilité très vive de tout l'abdomen. L'état général est grave. Facies grippé, nez effilé, vomissements bilieux, pouls rapide, température à grandes oscillations s'élevant tous les soirs à 39°, 39° 5.

Le Dr Schwartz prescrit des pointes de feu sur tout le ventre et des cataplasmes vaginaux.

Le 12 décembre, un examen sous chloroforme permet de constater que la tumeur gauche est nettement fluctuante, tandis que celle de droite est très dure. Une ponction pratiquée dans la tumeur gauche retire quelques gouttes de pus fétide.

Diagnostic. — Pyosalpinx double et périmétro-salpingite.

Hystérectomie vaginale, le 15 décembre 1890. — L'utérus est enlevé en totalité par étapes. Au cours du morcellement trois poches sont successivement ouvertes, deux purulentes dans les trompes droite et gauche qui renferment un pus très fétide, une séreuse péri-utérine. Le doigt s'assure que toutes les poches ont été évacuées et que la cavité péritonéale n'est pas ouverte.

Suites opératoires. — Le soir, la température tombe à 37° 4, mais la malade est très affaiblie. Le pouls est à 120, bien frappé, quoique faible. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, mais l'affaiblissement, malgré les injections sous-cutanées de sérum et de caféine, s'accroît d'heure en heure et la malade meurt le 4e jour, sans aucune réaction péritonéale, ayant rendu des gaz par l'anus, ne vomissant pas, et le ventre souple.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation 20 (Personnelle)

Collection purulente rétro-utérine volumineuse.
Fibrômes utérins multiples formant une masse du poids de 520 gr.
Opération de Péan. — Guérison (1).

Mme B..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital de Chantenay, à Nantes, le 10 septembre 1890.

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes très complètes du Docteur Bertin, de Nantes, médecin de la malade.

Antécédents. — Cette femme, de constitution lymphatique, a été réglée à 14 ans 1/2 d'une façon régulière et a eu sa ménopause en 1886. Elle n'a jamais été enceinte. C'est en 1880 qu'elle commence à éprouver des douleurs vagues s'irradiant dans tout le ventre et augmentant aux époques menstruelles.

Le 24 juillet 1890, elle est prise en pleine santé d'une douleur abdominale atroce et bientôt s'installent tous les signes d'une pelvi-péritonite aiguë. Cette poussée dure près de 20 jours et se termine par une évacuation abondante de pus par le rectum. Une grande amélioration s'en suivit, la malade put se lever et reprendre ses occupations. Mais des crises douloureuses apparaissaient tous les 25 jours en moyenne, duraient 2 ou 3 jours et se calmaient après l'évacuation d'une certaine quantité de pus par le rectum. Aussi l'état général s'aggrava rapidement et le Docteur Poisson, consulté, diagnostiqua : un utérus fibreux remontant jusqu'à l'ombilic, et en arrière de lui une collection purulente du volume d'une tête de fœtus. Il conseille une intervention et la malade est transportée à l'hôpital de Chantenay.

Hystérectomie vaginale le 18 décembre 1890, par le Dr Segond. — Le décollement du col conduit rapidement sur la tumeur purulente qui est ponctionnée avec un bistouri. Il s'en échappe au moins un litre de pus extrêmement fétide. Après un lavage soigneux au sublimé on commence le morcellement. Celui-ci est très laborieux, l'utérus étant farci de petits fibrômes dont le plus gros a le volume d'une orange. Neuf fibrômes sont ainsi successivement morcelés. Leur poids total, y compris celui de la coque utérine, est de 520 grammes. L'opération dure *trois heures*. Treize pinces sont laissées à demeure.

Suites opératoires. — Nulles. La température n'a jamais dépassé 37° 8 est le pouls 90. Le 18e jour la malade peut être ramenée en voiture à son domicile. Sa guérison est complète au bout d'un mois. Elle a repris ses occupations. Depuis, cette guérison ne s'est jamais démentie. La malade n'a plus ressenti la moindre souffrance et des nouvelles récentes confirment la persistance de cet état. Revue en mai 1894, merveilleux état.

Observation 21 (Thiercelin)

Salpingite parenchymateuse double. — Ovaires scléro-kystiques. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Cr..., Louise, âgée de 21 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 27 décembre 1890, chambre 12.

Antécédents. — Réglée à 16 ans d'une façon normale, elle aurait eu depuis trois ans des pertes blanches légères, dans l'intervalle des règles, mais jamais la moindre douleur. Il y a 18 mois, les règles

devinrent douloureuses. Les douleurs, très vives 2 à 3 jours avant l'apparition du sang, se calmaient ordinairement vers le milieu de la période menstruelle. Celle-ci durait de 6 à 8 jours et était fort abondante. Les douleurs étaient également vives des deux côtés et s'irradiaient vers les reins et les cuisses.

La malade n'a jamais été enceinte.

Au mois de juillet 1890, elle contracte une blennorrhagie à la suite de laquelle elle eut dans l'intervalle des règles une leucorrhée purulente très abondante. Les douleurs s'exagérèrent et à plusieurs reprises la malade dut s'aliter Fréquemment, dès cette époque, elle eut de la fièvre le soir. Elle entre alors à la maison Dubois, où l'on constate sous le chloroforme une endométrite purulente et une double salpingo-ovarite. On tente le curettage utérin, qui est pratiqué le 31 août. Pendant un mois, elle fut très soulagée ; les pertes diminuèrent d'une façon notable et les douleurs s'amendèrent. Mais la malade n'avait pas quitté l'hôpital depuis quinze jours, qu'elle était reprise de douleurs violentes des deux côtés, de fièvre le soir ; elle reprit le lit et pendant deux mois fut soignée par les révulsifs (vésicatoires répétés, pointes de feu, etc...) et les injections vaginales très chaudes. Mais les douleurs persistant et l'état général s'aggravant de jour en jour, elle revient à la Maison municipale de Santé.

Examen. — Le col utérin entrouvert est le siège d'une sécrétion muco-purulente assez considérable. Le corps utérin est en antéversion et immobile. A droite, les annexes forment une masse du volume du poing, qui paraît fluctuante et est extrêmement douloureuse. A gauche, les annexes ont un volume aussi considérable, mais sont plus dures, plus bosselées.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double. Hypertrophique à droite, suppurée à gauche.

L'état général est assez précaire ; la malade est très amaigrie, les yeux sont excavés, le facies tiré, l'inappétence est absolue et l'insomnie presque totale. Tous les soirs, la température s'élève à près de 38°5. Poumons et cœur sains.

Hystérectomie vaginale, le 28 décembre 1890. — L'utérus, qui semblait absolument figé dans le petit bassin, s'abaisse assez facilement sous le chloroforme. Il est morcelé en 3 étapes. Les annexes droites sont alors décollées des adhérences multiples, au milieu desquelles elles sont perdues. La trompe a le volume du pouce, elle est contournée, bosselée. Les parois ont un demi-centimètre d'épaisseur et la cavité contient à peine quelques gouttes de liquide séro-purulent. A gauche, il existe de la périsalpingite séreuse, la trompe présente les mêmes lésions que la trompe droite, elle est un peu moins volumineuse. Les ovaires très adhérents sont enlevés complètement, par fragments ; ils sont bourrés de kystes. L'opération a duré une heure. Quatorze pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue de l'opération puisque après l'ablation des pinces, au bout de 48 heures, la malade eut une selle abondante (par lavement), urina seule, et ne présenta jamais la moindre réaction péritonéale. Mais le 2e jour, elle fit une congestion pulmonaire double qui, pendant 5 jours, donna les plus vives inquiétudes. La défervescence se fit le 5 janvier et dès lors la convalescence marcha sans incident. La malade se levait le 24e jour et quittait l'hôpital le 1er février 1891. Elle n'avait plus la moindre douleur et ses forces revenaient rapidement.

Elle a depuis été revue plusieurs fois, dont la dernière en mars 1894. La guérison est absolue.

Observation 22 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame Bart..., âgée de 40 ans, entre le 2 janvier 1891, chez les Sœurs Augustines, de la rue de la Santé.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, d'une façon régulière et normale, cette malade se marie à 21 ans. Elle accouche à terme, à 23 ans, d'un enfant bien portant. Une deuxième grossesse à 30 ans se termine également par un accouchement normal. C'est environ un mois après cet accouchement que la malade commença à éprouver quelques douleurs dans le bas-ventre. D'abord vagues, intermittentes, plus accusées au moment des règles, elles devinrent bientôt continuelles et prédominantes du côté gauche. Les règles étaient plus abondantes, durant de 6 à 8 jours, et dans l'intervalle il existait une leucorrhée assez intense. La malade consulta de nombreux médecins qui la traitèrent par les révulsifs et les cautérisations du col. A plusieurs reprises elle fut améliorée, surtout au début du traitement. Mais depuis 18 mois environ, bien qu'elle se soumet comme par le passé avec autant de docilité au traitement médical, ses douleurs n'ont fait que s'accroître et depuis quelques mois elles sont devenues intolérables, surtout à gauche. La malade est alors adressée au Dr Gautier pour être électrisée. Un courant supérieur, à 10 milliampères ayant provoqué à gauche une réaction douloureuse violente, M. Gautier conclue à la présence du pus dans la trompe gauche et conseille une intervention chirurgicale.

L'examen démontre que l'utérus est en antéflexion, il est petit et mesure 6 centimètres 3/4.

A droite, les annexes forment une masse du volume d'une mandarine. On sent nettement la trompe qui présente de nombreux renflements et est très douloureuse.

A gauche, la trompe kystique, fluctuante, fait saillie dans le cul-de-sac latéral et dans le cul-de-sac postérieur ; elle a le volume du poing-

Diagnostic. — Pyosalpinx double,

Hystérectomie vaginale le 5 janvier 1891. — L'utérus est morcelé en 4 étapes. A gauche, il existe de la périsalpingite séreuse, qui en avait imposé pour une salpingite kystique. La trompe a le volume du pouce, ses parois lardacées ont un centimètre d'épaisseur, elle contient une cuillerée de pus. L'ovaire est peu altéré. A gauche, la trompe kystique contient environ 50 grammes de pus. L'ovaire très gros renferme trois kystes du volume d'une noisette, deux séreux, un sérohématique. Neuf pinces à demeure, dont quatre petites longuettes sur la tranche vaginale postérieure, qui saigne beaucoup.

Durée de l'opération : 55 minutes.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue de la température et du pouls qui restent normaux.

Les pinces sont enlevées après 48 heures. Lavement et selle abondante. Le 6e jour, on constate que les urines passent en petite quantité par le vagin. On remet la sonde à demeure.

La fistule a dû être refermée par une opération complémentaire. Le 15 mars. La malade part complètement guérie.

Suites éloignées. — Etats local et général parfaits.

Revue il y a 2 mois, se plaint de bouffées cataméniales accompagnées de sensation de strangulation spasmodique.

Observation 23 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Estelle Thév...., âgée de 22 ans, entre le 28 octobre 1890 à la Maternité Baudelocque, salle Levret, n° 83.

Réglée à 14 ans d'une façon régulière et normale, cette malade se marie à 19 ans.

Devenue immédiatement enceinte, elle fait une fausse couche de six mois. Au bout de quinze mois, elle a une couche normale. L'enfant, né bien portant, meurt à trois mois, de méningite.

Au mois d'août dernier, elle a la rougeole, et c'est au déclin de cette fièvre éruptive, qu'elle commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs bilatérales, irradiées dans les cuisses et les reins, étaient surtout vives dans l'intervalle des règles. Elles se calmaient presque totalement une fois la menstruation installée. Les pertes blanches, blanc-jaunâtre, étaient fort abondantes.

Elle entre à la Maternité Baudelocque, le 28 octobre 1890.

L'utérus est en antéversion et peu mobile. Les annexes du côté gauche forment une tumeur dure, bosselée, très adhérente et très dou-

loureuse, du volume d'une mandarine. A droite, elles offrent les mêmes caractères, mais sont un peu moins volumineuses.

Diagnostic. — Endométrite ; salpingite double, probablement suppurée.

L'état général est bon ; légère ascension fébrile tous les soirs.

Pendant deux mois et demi, cette malade fut soumise au traitement médical. Repos absolu au lit, injections vaginales à 45° répétées trois fois par jour. Le 2 décembre, poussée aiguë douloureuse et fébrile, dont le siège est dans les annexes droites, qui augmentent de volume. Le 20 décembre, M. Pinard constate que les annexes droites sont un peu diminuées. La fièvre cependant persiste. Le traitement est continué pendant trois semaines, et, devant la persistance des lésions, on décide une intervention radicale.

Hystérectomie vaginale, le 14 janvier 1891. — L'utérus est morcelé en trois étapes. Les annexes des deux côtés, très adhérentes, sont décortiquées en totalité. Elles présentent, à droite comme à gauche, des lésions identiques. Les trompes sont atteintes de salpingite hypertrophique parenchymateuse. Elles ont le volume de l'index, et leurs parois lardacées limitent une cavité qui contient une cuillerée de pus. Les ovaires sont bourrés de petits kystes.

Dix pinces à demeure.

L'opération a duré une heure.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 37° et s'y maintenait. Le pouls n'a jamais dépassé 90. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. Les tampons, le 4e jour. Selle, après lavement, aussitôt les pinces enlevées.

La malade se lève le 20e jour.

Elle part, complètement guérie, le 10 février.

Pendant 9 mois, la guérison a été radicale. Elle a recommencé à souffrir en novembre 1891 ; crises pelviennes à irradiations lombaires. Elle revient à Baudelocque à la fin de février 1893. M. Segond constate un empâtement dans la fosse iliaque droite, très douloureux à la pression.

Laparotomie, le 8 mars 1893. — Ablation d'une petite poche à contenu séreux, formée aux dépens des restes du ligament large droit.

Guérison complète qui se maintient en juin 1893.

Observation 24 (Personnelle)

Grossesse extra-utérine. — Pelvi-péritonite. — Opération de Péan. Mort le 3e jour.

Mme M..., âgée de 26 ans.

Cette malade était soignée par M. Champetier de Ribes et par le Professeur Pinard, qui avaient diagnostiqué une grossesse tubaire droite.

Le 20 décembre 1890, elle fut prise de fièvre violente, de vomissements, de douleurs vives dans le bas-ventre ; en même temps, le ventre se ballonna. MM. Champetier de Ribes et Pinard constatèrent alors une pelvi-péritonite grave, et posèrent les indications d'une intervention par le vagin.

Hystérectomie vaginale le 29 décembre 1890. — Morcellement par trois étapes. Ouverture d'une poche purulente dans le cul de sac postérieur ; d'une deuxième poche à gauche. Le pus est extrêmement fétide. A droite, évacuation d'une poche, qui contient des caillots en voie de désorganisation.

Lavage soigneux des poches ouvertes.

Opération extra-péritonéale, durée : 30 minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Chute de la température, le soir même à 37°. Pouls : 90.

Même état le 2e jour. Ablation des pinces après 48 heures. Le soir 38°. Le pouls devient petit, filiforme ; la malade se refroidit progressivement malgré les injections de caféine, d'éther, et de sérum artificiel.

Elle meurt le 1er janvier, à 9 heures du matin, sans vomissements, sans réaction péritonéale.

Observation 25 (Guitton)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Pierr..., âgée de 30 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 18 février 1891, chambre 24.

Cette malade aurait eu, à l'âge de 12 ans, une vaginite assez intense. Elle fut réglée à 15 ans 1/2 d'une façon normale et régulière. Dans l'intervalle des règles, il persista une leucorrhée légère.

Elle se marie à 19 ans, devient immédiatement enceinte, et fait une fausse couche de six mois et demi, occasionnée par une chute, le 21 octobre 1884. Au bout de 9 jours elle se lève, et reprend ses occupations. Les règles réapparurent régulièrement, mais un peu doulou-

reuses. Puis ces douleurs s'accentuèrent, se montrant dans l'intervalle des époques. A plusieurs reprises, elles prirent un tel caractère de violence, que la malade dut s'aliter. La marche devint bientôt impossible, et la malade traîna ainsi jusqu'au mois d'octobre 1890, avec des alternatives de mieux-être et d'aggravation. A partir du mois d'octobre, les douleurs devinrent intolérables ; il existait du ténesme rectal et vésical, des accès fréquents de fièvre vespérale : les règles, très abondantes, duraient de 8 à 10 jours.

Elle entre à la Maison municipale de Santé, le 18 février 1891.

Examen. — L'utérus en antéversion, est tout à fait immobile. Les moindres mouvements qu'on lui imprime sont très douloureux. Les annexes gauches forment une tumeur du volume du poing, très douloureuse, fluctuante par places, bombant dans le cul-de-sac latéral, et faisant au-dessus de l'arcade de Fallope une saillie très appréciable.

Les annexes droites ont le volume d'une mandarine, elles sont bosselées, très douloureuses.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 28 février 1891. — Au début de l'opération, syncope respiratoire, qui nécessite la respiration artificielle. L'utérus est morcelé en quatre étapes. Au cours du morcellement, l'écarteur crève une poche, qui contient un demi-verre de pus. Les annexes droites sont enlevées en totalité : La trompe contient une cuillerée de pus, et l'ovaire présente de petits abcès miliaires. Les annexes gauches ne peuvent être enlevées. M. Segond crève le pyosalpinx, qui contient un verre à Bordeaux de pus épais, fétide.

L'opération a duré une heure. Huit pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles. La température tombe le soir à 37°2 et s'y maintient les jours suivants. Le pouls reste à 90°. Les pinces sont enlevées après 48 heures.

La malade va à la selle le 3me jour, après un lavement. Elle urine seule, une fois les pinces enlevées.

A noter seulement une escharre de la paroi abdominale, due à la glace. Cette escharre est cicatrisée le 20me jour, quand la malade se lève.

Elle quitte l'hôpital, guérie, le 29 mars.

Revue depuis, plusieurs fois, en très bonne santé (septembre 1892). États général et local parfaits.

Observation 26 (Guitton)

Hydrosalpinx double. — Rétroversion adhérente. — Opération de Péan. Guérison.

Madame Rét..., Marie, âgée de 38 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 15 février 1891, chambre n° 3.

Cette malade a été réglée à 13 ans, d'une façon toujours régulière et normale. Mariée à 22 ans, elle n'a jamais été enceinte. A l'âge de 28 ans, les règles ont commencé à devenir douloureuses, surtout au début de leur installation. Peu à peu, elles sont devenues moins abondantes, et depuis 5 à 6 ans, au lieu de durer 4 à 5 jours comme autrefois, elles duraient à peine deux jours. Elles sont précédées et suivies, depuis au moins deux ans, d'une leucorrhée assez abondante.

La malade est très nerveuse ; elle a une énorme dilatation de l'estomac, qui lui occasionne des troubles dyspeptiques assez sérieux. Elle est très constipée et reste quelquefois quinze jours sans aller à la selle.

Les douleurs menstruelles s'aggravant, et la leucorrhée devenant très abondante, la malade voit le docteur Walther, qui lui fait un curettage, le 24 novembre 1890, à l'hôpital St-Antoine. Après un séjour de quatorze jours au lit, la malade quitte l'hôpital et pendant deux mois est très améliorée.

Le 3 janvier 1891, elle a une métrorrhagie qui dure deux jours. Les douleurs reparaissent alors, non plus seulement au moment des règles, mais continuelles, siégeant dans le bas-ventre, surtout du côté droit.

Elle entre à la Maison municipale, le 27 janvier 1891.

Examen. — Le col est volumineux, entr'ouvert ; le corps de l'utérus est en rétroversion adhérente. Le cul-de-sac latéral droit est rempli par une tumeur fluctuante, douloureuse au toucher, du volume d'une petite mandarine.

A gauche, les annexes ont le volume du pouce, et sont très douloureuses.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double ; kystique à gauche.

L'intervention par voie sus-pubienne serait : Ablation bilatérale et hystéropexie.

Hystérectomie vaginale le 3 mars 1891. — L'utérus s'abaisse légèrement, et le morcellement est pratiqué sans incident, en trois étapes.

La trompe droite apparaît, ayant la forme d'une poche à paroi lisse, du volume d'une mandarine. Cette poche est crevée ; elle contient un liquide séreux : on l'enlève avec l'ovaire qui lui adhère et est polykystique. Une pince placée sur le pédicule assure l'hémostase. L'ovaire gauche, très friable, se déchire entre les mors de la pince ; la trompe a le volume d'une noix ; elle est également remplie de liquide séreux. On l'enlève facilement avec l'ovaire.

L'hémostase est assurée par 14 pinces à demeure.

Durée de l'opération : 25 minutes.

Suites opératoires. — Nulles. La température, sauf une élévation de 38° le soir du 3ᵉ jour, n'a jamais dépassé 37°.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures.

La malade urine seule. Lavement et selle abondante, le soir du

3e jour. Les tampons sont laissés jusqu'au 5e jour. La malade se lève au 21e jour.

Elle quitte l'hôpital le 31 mars 1891, ne souffrant plus. Non revue.

Observation 27 (Personnelle)

Hydrosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Lacr..., Louise, âgée de 22 ans, couturière, entre à la Maternité Baudelocque, salle Levret, lit n° 85, le 22 octobre 1890.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont très bons. Elle a été réglée à 12 ans, régulièrement. Une seule grossesse à 21 ans, sans aucun incident. Elle nourrit son enfant du 12 septembre 1889 au 15 Janvier 1890. Ses règles revinrent au commencement de février 1890, accompagnées de vives douleurs dans le bas-ventre, à droite et à gauche. Depuis lors, les règles sont revenues tous les quinze jours, durent en moyenne 8 à 10 jours, et sont très abondantes.

Examen, à son entrée. — L'utérus, en subinvolution est antéfléchi mais mobile. A droite et à gauche, les annexes ont le volume d'une mandarine ; elles sont très adhérentes aux culs-de-sac et très douloureuses. La température vespérale ne dépasse pas 37°5.

La malade est une petite femme brune, extrêmement nerveuse, sujette à l'insomnie, aux migraines. Elle a fréquemment des palpitations, mais n'a au cœur aucune lésion organique. Ses poumons sont sains. L'appétit est diminué, les digestions difficiles, la constipation opiniâtre.

Pendant trois semaines on la traite par le repos et les injections vaginales chaudes. Son état restant le même, elle est soumise à l'irrigation continue (environ 300 litres d'eau naphtolée chaude, par jour).

Ce traitement n'amène point de soulagement, la leucorrhée devient plus abondante, les douleurs hypogastriques plus vives ; la température vespérale varie de 38° à 39°. La malade ne dort plus et a des crises violentes de céphalalgie.

Les symptômes locaux n'ont point changé. Aussi, après trois mois de traitement, on décide d'intervenir.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale, le 4 mars 1891. — L'utérus abaissable est morcelé en trois étapes.

Les annexes des deux côtés sont ensuite décortiquées ; elles sont très adhérentes, surtout à droite, et présentent les mêmes lésions des deux côtés. Les trompes kystiques, et du volume d'une mandarine, sont remplies d'un liquide séreux, un peu louche. Les ovaires, volumineux, sont bourrés de kystes, dont quelques-uns hématiques.

Douze pinces à demeure. L'opération a duré 40 minutes.

Suites opératoires. — La température, qui était de 39° la veille de l'opération, tombe le soir même à 37° 8, et à partir du troisième jour, à 37° 2. A noter une élévation vespérale à 38° 4, du septième au dixième jour. Le pouls oscille entre 100 et 120, les quatre premiers jours, puis tombe à la normale.

La malade vomit beaucoup les trois premiers jours.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le troisième jour. La malade urine seule et a une selle provoquée par un lavement, après l'ablation des pinces.

Sa guérison s'achève sans incident. Elle part au Vésinet le 18 avril, complètement guérie.

Elle a été revue le 1er septembre 1892, en parfaite santé.

Au mois de janvier 1893, je la revois, se plaignant d'avoir de temps en temps des bouffées de chaleur et des accès de toux. Cette toux, que rien de pulmonaire n'explique, cède au bromure de potassium et aux douches.

Les bouffées de chaleur persistant, M. Segond fait à la malade une saignée le 25 avril 1893.

Revue le 12 mars 1894. Etat général excellent. Engraisse. Etat local excellent. Enchantée de son état.

Observation 28 (Guitton)

Hématosalpinx gauche et fibrôme du ligament large droit chez une malade préalablement laparotomisée pour un hématosalpinx droit. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Cout...., âgée de 35 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 12 février 1891, chambre n° 6.

Cette malade souffre dans le ventre, depuis l'âge de 13 ans, époque où elle a été réglée. Les douleurs étaient surtout violentes au moment des règles. Mariée à 19 ans, elle n'a jamais été enceinte.

Depuis 1879, les douleurs sont devenues plus violentes, surtout à droite. Elle consulte successivement MM. Dujardin-Baumetz, Siredey, etc., qui diagnostiquent une atrésie du col, et traitent la malade par les cautérisations, la dilatation et les débridements du col. Malgré cela, les douleurs ont continué, et depuis six mois, après les règles, la malade perd un liquide sanguinolent.

L'état général s'est ressenti de ces troubles locaux ; la malade a maigri, s'est affaiblie, a perdu l'appétit et a fréquemment des crises nerveuses.

Elle entre à la Maison municipale de Santé, le 24 mars 1890, dans le service de M. le Docteur Schwartz, qui diagnostique : Kyste du ligament large droit, ou salpingite kystique ; annexes gauches saines.

Il pratique la laparotomie le 6 avril 1890, et décortique avec difficultés une hématosalpinx, qui se rompt dans le ventre, et nécessite le lavage du péritoine. Les annexes gauches, très adhérentes à l'utérus, ne peuvent être enlevées. Le ventre est refermé sans drainage, et pendant un mois, la malade semble guérie.

Mais au moment des règles, un mois après l'opération, la malade éprouve des douleurs très vives dans le côté droit. Le toucher combiné, fait constater une tumeur lisse, rénitente, qu'on suppose être un hématome post-opératoire, développé dans le ligament large.

Rapidement l'état général s'améliore, mais l'état local ne s'amende pas. Les règles demeurent très douloureuses, et la malade est dans l'impossibilité de se livrer à la moindre occupation.

C'est alors que, sur les conseils de M. le Docteur Schwartz, elle entre, le 12 février 1891, dans le service de M. le Docteur Segond,

Examen. — Le cul-de-sac latéral droit est déprimé par une tumeur dure, immobile, non douloureuse, ayant le volume d'une très grosse orange, et rejetant l'utérus du côté gauche. A gauche les annexes forment une masse du volume d'une mandarine, très adhérente à l'utérus et aux parois pelviennes, très douloureuse au toucher.

Diagnostic. — Fibrôme du ligament large droit (?) Salpingo-ovarite gauche.

Hystérectomie vaginale le 8 mars 1891.—M. Segond attaque immédiatement la tumeur droite. C'est un fibrôme qui est morcelé sans incident. L'utérus est ensuite morcelé en trois étapes. Les annexes gauches ne peuvent être décortiquées ; on les crève, et de la trompe kystique s'écoule environ un verre à Bordeaux de sang noirâtre.

Huit pinces à demeure.

Durée de l'opération : 40 minutes.

Suites opératoires. — La température n'a jamais dépassé 37° 6. Le pouls a oscillé les trois premiers jours entre 100 et 120.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le quatrième jour. La malade est sondée jusqu'au sixième jour. Elle a une selle abondante après l'ablation des pinces (lavement).

Elle quitte l'hôpital le 6 avril, complètement guérie. En avril 1894 guérison absolue.

Observation 29 (Guitton)

Ovaires sclérokystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Dav..., Henriette, âgée de 25 ans, entre le 2 mars 1891 à la Maison municipale de Santé, chambre n° 18.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 13 ans d'une façon normale et régulière. Elle se

mariée à 15 ans, et, à 19 ans, accouche à terme. La délivrance fut incomplète, et au bout de deux jours, la malade rendit spontanément des lambeaux de membrane. Elle se lève le cinquième jour.

Elle redevint enceinte à 21 ans; la grossesse fut pénible : au 4e mois, des douleurs extrêmement violentes firent craindre une fausse couche. Un accouchement à terme et sans incidents termina cette deuxième grossesse. La malade voulut encore se lever au cinquième jour, mais des douleurs vives dans le bas-ventre l'obligèrent à reprendre le lit. Le 10e jour elle se lève de nouveau, et bien que les douleurs persistent, reprend ses occupations.

Au bout de six semaines, elle a son retour de couches, et pendant deux mois, les règles se suspendent. La menstruation se rétablit alors irrégulièrement, mais est très abondante. Bientôt elle devient douloureuse, et les pertes blanches sont considérables. En octobre 1888, la malade est curettée ; elle est améliorée, et même devient enceinte, mais fait une fausse couche de trois mois et demi, au commencement de juillet 1889.

Depuis lors, les douleurs ont augmenté ; elles sont continuelles, mais revêtent au moment des règles une intensité qui oblige la malade à s'aliter. Seules les pertes ont un peu diminué.

Cet état s'aggravant malgré un traitement médical rigoureusement suivi, la malade entre à la Maison Dubois, le 2 mars 1891.

Examen. — L'utérus est en rétroversion adhérente. Le col est sain.

A gauche, l'ovaire est volumineux et extrêmement douloureux. La trompe, dure, noueuse, paraît avoir le volume du pouce.

A droite l'ovaire est également volumineux et très douloureux ; la trompe ne paraît pas augmentée de volume.

Diagnostic. — Ovaires scléro-kystiques. Salpingite gauche.

Hystérectomie vaginale, le 10 mars 1891. — Le cul-de-sac postérieur est incisé tout d'abord, et M. Segond amène les deux ovaires successivement au niveau de l'incision, et reconnaît qu'ils sont tous les deux remplis de kystes. Il procède alors à l'hystérectomie.

L'utérus, abaissable, est enlevé en trois étapes par morcellement. Les annexes sont ensuite complètement enlevées ; les ovaires ont le volume d'un œuf de pigeon ; ils sont bourrés de petits kystes qui leur donnent un aspect mamelonné. La trompe droite est rouge et enflammée; la trompe gauche est augmentée de volume ; ses parois sont épaissies, son pavillon oblitéré.

A noter l'irruption incessante de l'intestin dans le champ opératoire.

Huit pinces à demeure. Durée de l'opération : 20 minutes.

Suites opératoires. — La température n'a jamais dépassé 37° 4. Le pouls a oscillé entre 100 et 120, jusqu'à l'ablation des pinces, qui a eu lieu au bout de 48 heures.

Les tampons sont laissés quatre jours ; l'ablation en est très douloureuse.

La malade se lève le 20[e] jour. Elle quitte l'hôpital le 23 avril 1891, ne souffrant plus.

Revue la dernière fois en février 1894. Etats local et général parfaits. Elle se plaint seulement d'un point névralgique situé profondément à trois travers de doigt à gauche de l'ombilic. Guérison absolue.

Observation 30 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Guich...., âgée de 30 ans, entre à la Maternité Baudelocque, salle Levret, n° 94, le 3 mars 1891.

Elle a été réglée à 15 ans, régulièrement, mais les règles ont toujours été douloureuses et abondantes, durant cinq ou six jours. Depuis une dizaine d'années, elles sont précédées d'un léger écoulement leucorrhéique.

Mariée à 26 ans, elle a eu un premier enfant au bout d'un an (1888), a fait une fausse couche de six semaines en 1889 et deux grossesses normales, au commencement et à la fin de 1890.

Depuis son mariage, ses pertes blanches ont notablement augmenté. Mais c'est surtout depuis sa fausse couche qu'elles ont pris une intensité considérable. A la même époque, apparurent dans le bas-ventre des douleurs bilatérales, surtout vives à gauche. Depuis sa dernière couche, il y a 14 mois, elle a eu de fréquentes métrorrhagies, dont la dernière, très abondante, le 3 mars 1891. C'est pour cette métrorrhagie qu'elle entre à l'hôpital.

Examen à son entrée. — L'utérus en antéversion est gros. Le col est déchiré et en ectropion. A gauche les annexes forment une tumeur du volume d'une mandarine, très douloureuse, accolée à l'utérus. A droite, les annexes sont aussi volumineuses, mais elles sont moins douloureuses et moins adhérentes.

La malade, qui est une petite femme maigre, nerveuse, n'a jamais eu de fièvre.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale le 18 mars 1891. — L'utérus, peu abaissable, est morcelé en trois étapes. A gauche, la pince de la 2[me] étape glisse au moment de la section du ligament large. L'hémorrhagie assez abondante qui en résulte est facilement arrêtée.

Les annexes gauches, très adhérentes, sont décortiquées : La trompe, du volume du pouce, ne contient pas de pus, mais des noyaux caséeux. L'ovaire est rempli de petits kystes.

Les annexes droites sont plus facilement enlevées : La trompe contient une cuillerée à café de pus ; l'ovaire est kystique.

Huit pinces à demeure. Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites opératoires. — Température et pouls normaux les deux premiers jours. Les pinces sont enlevées le matin du 3me jour au bout de 48 heures. Le soir, à 7 heures, la malade a une hémorrhagie abondante, qui s'arrête spontanément. On injecte pendant la nuit 20 grammes de sérum artificiel, puis, pendant trois jours, 30 grammes par jour.

Le matin du 4me jour, la température est : 36°; le soir : 37°4.

Le matin du 5me jour, la température est : 37°2; le soir : 30°2.

Elle s'élève à 38°6, le matin du 6me jour. On enlève alors les tampons, et on fait une injection phéniquée à 1/100. Le soir la température tombe à 37°2 et s'y maintient les jours suivants, sauf une élévation à 39°, sans cause, le soir du 15me jour.

La malade se lève le 20me jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 16 avril 1891.

Revue en excellente santé en janvier 1894. Femme toujours nerveuse, se fatiguant beaucoup ; restée dyspeptique. Localement état parfait, plus de douleurs. Très heureuse de son sort. Guérison absolue.

Observation 31 (Guitton)

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse droite. — Périmétro-salpingite. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Madr..., âgée de 30 ans, entre le 17 mars 1891 à la Maison municipale de Santé, chambre n° 18.

Réglée à 11 ans d'une façon régulière, elle se marie à 21 ans : Elle n'a jamais été enceinte. Au mois de novembre 1890, elle s'aperçoit que son ventre était un peu plus volumineux du côté gauche que du côté droit, au niveau de la fosse iliaque, mais elle n'éprouvait aucune douleur.

Le 1er février 1891, à la suite d'une marche prolongée, elle ressentit une violente douleur dans le côté gauche, et fut prise de fièvre. Un médecin appelé, constata à gauche une tumeur du volume d'une grosse orange, mobile et indolore, qui refoulait l'utérus à droite. Au spéculum, le col utérin était un peu gros, congestionné ; l'orifice entrouvert laissait écouler un liquide couleur chocolat, très fétide. L'utérus était douloureux. Il porta le diagnostic de métrite aiguë avec tumeur annexielle gauche, et prescrivit le repos au lit et des injections boriquées très chaudes.

Pendant 4 à 5 jours, la fièvre resta modérée ; quand brusquement, au milieu de la nuit, la malade fut prise de frissons et de vomissements

avec ballonnement du ventre. Le ventre était douloureux dans toute son étendue, surtout au niveau de la tumeur, qui paraissait doublée de volume, et de la grosseur d'une tête de fœtus. Au bout de huit jours les accidents aigus avaient disparu. Un chirurgien diagnostiqua un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

A son entrée à la Maison Dubois, la tumeur gauche présente les signes trouvés par le médecin. A droite, les annexes forment une masse dure très douloureuse et très adhérente. M. Segond diagnostique un pyosalpinx gauche, et une salpingite parenchymateuse droite.

Hystérectomie vaginale, le 28 mars 1891. — L'utérus ne s'abaisse pas ; il est morcelé par étapes. En plaçant une pince de Péan sur la partie moyenne du ligament large gauche, on crève une poche qui laisse écouler un grand verre de pus très fétide. Le morcellement est terminé en trois étapes. On voit alors apparaître à gauche une poche tubaire complètement vidée, adhérente à l'épiploon, dont on la détache prudemment avec l'ongle. Cette poche est réséquée presque totalement.

A droite, les annexes sont confondues en une masse extrêmement adhérente au gros intestin, qu'il est impossible de décortiquer.

L'opération a duré 25 minutes. A aucun moment l'intestin n'a été aperçu. Huit pinces à demeure.

Suites opératoires. — Température et pouls normaux, sauf le soir de l'ablation des pinces, après 48 heures, où la température s'élève à 38°6. La malade urine seule après l'ablation des pinces, et a une selle abondante. Les tampons sont retirés le 4e jour.

La convalescence marcha sans incidents, quand, le soir du 29 avril, la malade a 40°2. Elle se plaint de souffrir de la région sous-coccygienne qui est érythémateuse et sensible à la pression. Les jours suivants, il se forme un abcès qu'on incise. La guérison se complète alors sans autres complications, et la malade quitte l'hôpital, complètement guérie, le 10 mai 1891.

Revue en février 1894. Guérison absolue.

Observation 32 (Personnelle) (1)

Périmétro-salpingite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Mort de shock le 2e jour.

La nommée Marie Giz...., âgée de 26 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 29 mars 1891, service du professeur Pinard.

(1) Cette observation a été résumée d'une façon très concise et un peu inexacte par M. Doléris. L'autre voie. — *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1891, n° 5, p. 235.

Réglée à 13 ans d'une façon normale et régulière, elle se marie à 21 ans et a une première grossesse normale à 23 ans.

A 26 ans, deuxième grossesse terminée à terme. A la suite, pelvi-péritonite légère qui nécessite un repos au lit de six semaines. La malade rentre alors chez elle et reprend ses occupations, mais elle continue de souffrir dans le bas-ventre, surtout à gauche.

Il y a un mois, au moment de son retour de couches à la suite d'un lavement froid, elle est prise subitement d'une douleur extrêmement violente dans le ventre. La fièvre s'allume, le ventre se ballonne, les vomissements deviennent incoercibles.

La malade est alors apportée à Baudelocque dans un état extrêmement grave. M. Pinard l'examine, constate la présence d'une énorme collection purulente, bombant dans le cul-de-sac postérieur et remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La température vespérale varie entre 39° et 40°. Le pouls est à 120, les vomissements sont porracés, le facies est grippé. On place en permanence de la glace sur le ventre ; Champagne, Todd, etc.

Le lendemain l'état est aussi grave, mais la malade accuse en plus de violentes douleurs dans le vagin. M. Pinard pratique une ponction dans le cul-de-sac de Douglas, et retire environ un demi-litre de pus horriblement fétide. Les douleurs cessent, mais l'état général demeure aussi grave. Deux jours après, la malade est examinée par le Professeur Pinard et par M. Segond. On constate la présence d'une collection fluctuante occupant tout le pelvis et englobant l'utérus En présence des phénomènes généraux graves qui persistent, on décide l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale le 1er avril 1891. — Morcellement extrêmement laborieux à cause de l'enclavement de l'utérus et de la friabilité extrême de son tissu. Ouverture de quatre poches purulentes à contenu extrêmement fétide. Déchirure du rectum.

Durée de l'opération : 1 heure 15 minutes 8 pinces.

La déchirure rectale n'est pas suturée : l'opération étant extrapéritonéale. Mais on tamponne avec soin la cavité purulente après l'avoir désinfectée.

Mort de shock le lendemain de l'opération.

Observation 33 (Guitton)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite catarrhale double. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Pauch..., âgée de 39 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 12 mars 1891, chambre n° 19.

Elle a été réglée à 17 ans d'une façon très irrégulière au début, et bientôt avec de violentes douleurs. Chaque époque menstruelle provoquait des vomissements incoercibles qui duraient de huit à dix jours. Les douleurs étaient surtout violentes à droite. Dans l'intervalle des règles, il existait fréquemment des métrorrhagies.

A 19 ans, les douleurs prirent un caractère aigu, la malade dut s'aliter pendant cinq mois, puis évacua spontanément par le vagin une grande quantité de pus. Cet écoulement dura de huit à dix jours, puis survint une phlébite de la jambe droite qui obligea la malade à rester trois mois couchée.

La guérison se maintient complète jusqu'à l'âge de 28 ans, où la malade se marie. Elle a deux accouchements normaux à 29 ans et à 32 ans. Depuis sa dernière couche, elle recommence à souffrir, surtout au moment des règles, au niveau des annexes droites.

Le 1er novembre 1890, après cinq semaines de retard, elle a une métrorrhagie abondante. Depuis ce moment, la malade garde le lit, tant elle souffre dans la fosse iliaque droite. Deux ou trois fois par semaine, elle a des crises paroxystiques, qui se terminent par l'évacuation, par l'utérus, d'un flot de liquide séro-purulent.

Examen à son entrée. — L'utérus en antéversion est mobile, mais douloureux. Le col est sain, entr'ouvert.

Les annexes droites sont très douloureuses et ont le volume d'une mandarine. A gauche, on perçoit nettement l'ovaire augmenté de volume et très douloureux. La pression au niveau des annexes des deux côtés détermine des crises hystériformes.

Le 18 février, on fait sous chloroforme, un examen qui donne les mêmes signes. On pratique séance tenante un curettage, suivi pendant un mois de pansements intra-utérins avec des mèches enduites de naphtol camphré.

L'état douloureux n'est point amélioré, et aux règles suivantes survient une crise très violente. La malade demande alors une intervention plus complète. M. Segond se décide pour la castration totale en raison des phénomènes hystériformes dont les annexes des deux côtés sont le point de départ.

Hystérectomie vaginale, le 14 avril 1891. — Morcellement rapide en trois étapes. Ablation totale des annexes. A droite, la trompe est du volume de l'index; les parois sont épaissies. Elle ne contient pas de liquide. L'ovaire est très volumineux, et rempli de kystes. A gauche, la trompe est rouge, injectée; l'ovaire a le double de son volume normal et est kystique.

Durée de l'opération : 20 minutes. Six pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue du pouls et de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. La malade est sondée pendant cinq jours.

A noter deux légères crises nerveuses le deuxième jour de l'opération.

La malade se lève le 20e jour et quitte l'hôpital, guérie, le 2 mars 1891.

Revue en mai 1893. Ne se plaint que d'une seule chose : de trop engraisser. A peine quelques bouffées menstruelles. Ravie de sa santé générale.

10 mars 1894. La malade écrit qu'elle marche sans la moindre fatigue ni la plus petite douleur. La guérison, dit-elle, est radicale.

Observation 34 (1) (Personnelle)

Abcès pelviens. — Fistule recto-vaginale datant de 1 mois. Opération de Péan. — Guérison opératoire. — Mort de tuberculose pulmonaire au bout de 7 semaines.

La nommée Chér...., âgée de 30 ans, entre le 8 février 1891, à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, service de M. le Dr Berger.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires sont bons, a été réglée à 15 ans, d'une façon régulière et sans douleurs.

Elle a eu trois accouchements normaux, dont le dernier en 1888.

En septembre 1889, elle eut une bronchite grave, qui dura trois mois. Au cours de cette bronchite, elle eut plusieurs métrorrhagies. Au mois de décembre, elle constata la présence, dans le bas-ventre, d'une tumeur du volume « d'une bouteille ». Cette tumeur n'occasionnait pas de douleurs, mais rapidement la malade perdit l'appétit et les forces.

Le 8 février 1891, elle entre à Lariboisière, salle Louis. Elle passe salle Denonvilliers le 3 mars, et l'on constate une énorme collection purulente, bombant dans le cul-de-sac de Douglas. Cette collection s'ouvre spontanément dans le rectum le lendemain. Mais des phénomènes d'hecticité s'étant développés à la suite de cette ouverture, M. Berger incise largement le cul-de-sac postérieur, et draine au moyen de très gros drains. Les matières fécales passent le jour même par le vagin. La situation s'aggravant d'une manière constante, et la présence des poches purulentes multiples étant constatée autour de l'utérus, M. Berger conclut à la nécessité de l'hystérectomie vaginale, et prie M. Segond de venir pratiquer cette opération dans son service.

Hystérectomie vaginale, le 7 avril 1891. — L'utérus, complètement fixé, est morcelé par étapes, laborieusement, mais sans incident. Au cours de l'opération, quatre poches, remplies de fus fétide, sont successivement crevées. L'opération est terminée sans qu'on ouvre le péritoine. Elle a duré 40 minutes.

(1) Cette observation a été rédigée sur les notes remises à M. le Dr Segond par M. le Dr Berger.

Sept pinces sont laissées à demeure.

Suites opératoires. — La température, qui atteignait 38°5 et 39°, tombe à la normale le soir de l'opération et s'y maintient pendant les huit premiers jours. Aucune réaction de pouls ; aucune réaction générale.

A cause de la fistule recto-vaginale, on pratique des lavages dès le soir même de l'opération. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures.

Pendant plusieurs jours, dit M. Berger, la malade s'améliora dans une certaine mesure ; la fièvre hectique diminua d'intensité ; la malade reprit un peu d'appétit et quelque courage. Mais les lésions pulmonaires déjà constatées firent de rapides progrès, et la malade succomba le 20 mai.

A l'autopsie, on trouva une communication admettant le pouce, entre le rectum et la cavité purulente. Celle-ci était très diminuée de volume, et limitée de toutes parts par des adhérences intestinales solides. Les poumons étaient farcis de tubercules à l'état de ramollissement : le poumon droit surtout présentait à son sommet de larges cavernes.

Observation 35 (Personnelle)

Hydrosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Perr..., âgée de 40 ans, entre à la Clinique Baudelocque, salle Levred, lit n° 86, le 12 mars 1891.

Elle a été réglée à 13 ans, d'une façon régulière et normale.

A la suite des premiers rapports sexuels, à 16 ans, elle eut des pertes blanches abondantes (blennorrhagie ?) Ces pertes étaient surtout abondantes au moment des règles. Elle n'a jamais été enceinte.

En 1881, elle commença à souffrir dans le ventre, et rapidement, ces douleurs devinrent très vives. Les mictions étaient douloureuses et les règles très abondantes. Elle fut traitée pendant huit ans par les injections et les tampons. Il y a deux ans, elle subit un curettage. Cette opération ne l'améliora point. Les douleurs restèrent aussi vives et les pertes aussi abondantes. Depuis quelques mois, la malade ne pouvait plus travailler, et devait rester presque constamment au lit.

Elle entre à la Clinique Baudelocque, le 12 mars 1891.

Examen. — L'uturus est en antéversion. Le col est entr'ouvert, et la muqueuse en ectropion sur les deux lèvres.

A droite, on perçoit une tumeur du volume d'une orange, peu douloureuse, assez mobile, fluctuante.

A gauche, les annexes ont le volume d'une mandarine ; elles donnent la sensation d'une tumeur fluctuante et indolore.

La malade n'a pas maigri et n'a jamais eu de fièvre.

Diagnostic. — Salpingite kystique double.

Hystérectomie vaginale, le 8 avril. — Morcellement facile en trois étapes. Les annexes sont enlevées en totalité. La trompe droite contient environ un demi-verre de liquide séreux ; la trompe gauche, une quantité un peu moindre et liquide de même nature. Les ovaires sont sains.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue du pouls et de la température.

Les pinces sont retirées au bout de 48 heures ; les tampons le quatrième jour. La malade a une selle après l'ablation des pinces (lavement). Elle urine seule le cinquième jour.

Elle se lève le vingtième jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 8 mai 1891.

Revue le 22 décembre 1891, en parfaite santé.

24 février 1894. Etats général et local excellents. Se plaint au moment des règles de bouffées très légères et d'un léger écoulement vaginal séreux. Quand elle se fatigue, quelques points douloureux vagues dans l'abdomen, au thorax et à la nuque. Appétence génitale conservée intacte. Guérison absolue.

Observation 36 (Guitton)

Abcès des ovaires. — Salpingite interstitielle double.
Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Mart..., âgée de 37 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 20 Avril 1891, chambre n° 3.

Elle a été réglée à 14 ans, mais toujours irrégulièrement. Elle se marie à 20 ans, et a deux grossesses à terme à 21 ans et à 23 ans. A la suite de cette dernière grossesse, elle reste sept ans sans avoir ses règles. Les règles sont revenues au bout de ce temps, mais très irrégulières.

En revenant du Tonkin, au mois d'avril 1890, elle éprouve, au cours de la traversée, de vives douleurs au niveau de l'ovaire droit. Ces douleurs s'accompagnaient de crises hystériques. Le médecin du bord lui fit chaque fois de la compression ovarienne, qui ne tarda pas à amener au niveau de l'ovaire droit une douleur continue, vive et lancinante. La malade dut s'aliter. Arrivée à Marseille, elle vit un chirurgien qui diagnostiqua un abcès de l'ovaire droit. Quelques jours plus tard, elle rend par l'anus un flot de pus, et les douleurs s'atténuent. Cette amélioration dure à peine un mois, puis les douleurs reparaissent surtout marquées au moment des règles ou après une fatigue.

Elle se décide alors à entrer à l'hôpital.

Examen. — L'utérus est en rétroversion adhérente.

La palpation bimanuelle des annexes détermine des douleurs presque

syncopales. Les annexes sont très augmentées de volume, surtout à droite.

L'état général est assez mauvais. La malade est nerveuse, irritable, très amaigrie.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Les troubles dysménorrhéiques persistant, et les douleurs continuelles dont les ovaires sont le siège, font proposer à la malade l'ablation, qui est acceptée.

Hystérectomie vaginale, le 11 avril 1891. — L'utérus est morcelé facilement en trois étapes. Les annexes sont ensuite enlevées en totalité. L'ovaire droit, du volume d'un œuf, contient du pus épais non fétide. L'ovaire gauche est rempli de petits abcès miliaires. Les trompes sont atteintes de salpingite interstitielle.

Quatre pinces à demeure. Durée de l'opération : 25 minutes.

Suites opératoires.— Aucune réaction du pouls, ni de la température. La malade vomit abondamment pendant trois jours. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. La malade va à la selle après un lavement, et urine seule aussitôt les pinces enlevées. Les tampons sont enlevés le 4e jour.

La malade se lève au bout de 21 jours.

Elle quitte l'hôpital, ne souffrant plus, et ayant repris l'appétit et les forces, le 23 mai 1891.

Non revue.

Observation 37 (Guitton)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle double. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Frér..., Marie, âgée de 36 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 11 avril 1891, chambre n° 10.

Elle a été réglée à 11 ans, très régulièrement, et s'est mariée à 19 ans. Elle a fait une fausse couche de trois mois à 19 ans 1/2, et deux grossesses à terme à 21 ans et à 30 ans. Depuis son dernier accouchement, elle a une leucorrhée abondante, les règles sont irrégulières, très abondantes et douloureuses.

Cet état s'est surtout aggravé depuis un an, malgré un traitement médical suivi avec persévérance.

Elle entre à la maison Municipale de Santé, le 11 avril 1891.

Examen. — Utérus très gros, mais mobile. Hystéromètre = 8 cm 5. Col gros, entr'ouvert, admettant l'index.

Les annexes sont très douloureuses, et ont le volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale, le 16 avril 1891. — Incision du cul-de-sac postérieur et examen des annexes qui sont reconnues malades.

Moreellement facile en trois étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes ont le volume du petit doigt, et ont des parois très épaisses. Les ovaires ont le volume d'une noix ; ils sont remplis de kystes, et très œdématiés.

Durée de l'opération : 20 minutes. Douze pinces à demeure.

Suites opératoires. — Réaction considérable du pouls, qui s'élève à 150 le soir du quatrième jour, à 140 les deuxième, troisième et einquième jours. La température s'élève à 38°4 le soir du troisième jour et à 39° le soir du cinquième jour. A partir du cinquième jour, le pouls et la température redeviennent normaux.

Vomissements abondants jusqu'à l'ablation des pinces, au bout de 48 heures. Selle abondante à la suite d'un lavement.

Elle urine seule le quatrième jour.

Le quatrième jour, la malade se plaint d'une douleur au niveau du sacrum. On constate la présence d'une plaque rouge, de la dimension de la main, au niveau de la région sacrée, empiétant sur la fesse gauche. Le lendemain une escharre profonde est constituée.

Aucun autre ineident ne vient entraver la convaleseence. La plaie saerée met un mois à se cicatriser.

La malade se lève le 24e jour.

Elle quitte l'hôpital le 1er juin 1891, ne souffrant plus.

Revue souvent (1891-92-93). Opérée par M. Segond, en juillet 1893, d'un polype de l'urèthre. Etats local et général parfaits. Guérison absolue.

Observation 38 (Guitton)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée G..., Marie, âgée de 34 ans, entrée le 6 avril 1891, à la Maison municipale de Santé, serviee de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, irrégulièrement jusqu'à 19 ans. A 17 ans syphilis ; pas de traitement pendant 1 ou 2 ans. A 20 ans, angine phlegmoneuse.

A 23 ans, extinction de voix ayant duré 18 mois et qui céda à un traitement par le sirop de Gibert.

Dysenterie à 24 ans.

A 29 ans, M. Sée constate l'existence d'un rétrécissement du rectum, siégeant à 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal et qui nécessite la dilatation à l'aide de bougies.

Jamais de grossesse ni de fausses couches.

Depuis plusieurs années déjà, les règles sont très douloureuses pendant 4 ou 5 jours avant leur début.

Depuis 3 ans, douleurs très violentes dans l'abdomen au moment des rapports.

Puis apparurent des douleurs spontanées, même dans l'intervalle des règles, exaspérées par la marche et la fatigue; les douleurs deviennent extrêmement violentes à la suite d'une marche. Un médecin diagnostique une salpingite droite aiguë; repos de 8 à 10 jours au lit, les douleurs se suppriment; la malade recommence alors à se fatiguer, les douleurs reparaissent et la malade doit reprendre le lit; il y eut ainsi des périodes de malaise et d'amélioration jusqu'au milieu de mars; à ce moment, après avoir souffert pendant plusieurs jours, la malade se lève et pendant la marche elle se sent tout à coup mouillée; elle constate alors qu'elle a perdu par le vagin une assez grande quantité de pus; elle rentre chez elle et reste couchée avec de la fièvre jusqu'au moment de son entrée à Dubois.

Examen. — Par le palper qui est extrêmement douloureux on sent une masse faisant saillie au-dessus du pubis, remontant à droite à deux doigts environ au-dessus du pubis et beaucoup plus haut à gauche et en avant.

Utérus immobilisé, enclavé entre deux tumeurs fluctuantes qui remplissent les culs-de-sac.

Il existe des vomissements et un état fébrile assez prononcé avec des symptômes de péritonisme.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 18 avril 1891. — Morcellement en 3 étapes. Au cours de l'opération l'écarteur placé dans le cul-de-sac postérieur crève une poche purulente laissant échapper un verre à Bordeaux de pus environ.

De même en avant est crevée une poche contenant une plus grande quantité de pus que la poche postérieure.

Après s'être assuré qu'il n'existait plus d'autres collections, les poches ont été laissées en partie.

5 pinces de Péan.

A aucun moment l'intestin n'a été vu et l'opération s'est passée en dehors du péritoine; elle a duré 45 minutes.

Suites opératoires. — Chute de la température à 37° le soir même de l'opération et température normale les jours suivants. Pouls à 110 le premier jour, à 120 le soir du troisième. Ablation des pinces au bout de 48 heures.

La malade s'aperçoit qu'elle perd des matières fécales par le vagin (1).

Deux injections vaginales par jour.

La guérison se continue ensuite très simplement, sans douleurs, sans vomissements, sans fièvre; la quantité de matières fécales passant par le vagin diminue chaque jour, cependant la malade demande une opération.

Cette opération de la fistule vagino-rectale est faite le 7 juin 1891, sans chloroforme ; l'opération dure 1 heure·15 minutes.

Au bout de 8 jours, ablation des fils au nombre de 5 ; 3 seulement ont amené une réunion de l'avivement.

La malade sort de l'hôpital le 15 juin, ne souffrant plus du tout du ventre, mais continuant à perdre ses matières par le vagin.

Revue au bout de 2 mois, la fistule est fermée spontanément.

Revue en mai 1893. Etats général et local parfaits.

Observation 39 (Personnelle).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Gaut.., couturière, âgée de 35 ans, entrée le 3 mars 1891, à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, règles non douloureuses, très abondantes, durant de 8 à 10 jours, régulières. Deux fausses couches, l'une en 1880, l'autre en 1881, souffre dans le ventre depuis 1881.

Le 6 juin 1883 a été accouchée à Bourges d'une fille par une sage-femme qui ne lui donna pas d'injection, s'est relevée au huitième jour, a nourri pendant 9 mois. Deux ou trois mois après l'accouchement les règles continuant à être régulières, les douleurs abdominales ont augmenté, la malade eut des pertes jaunâtres, fétides.

Il y a trois ans la malade a dû cesser de travailler ; puis il lui fut impossible de faire même son ménage. Depuis son accouchement, elle sentait son utérus tout près de la vulve. Un médecin, consulté, prescrivit un pessaire.

Après avoir été soignée par le docteur Dupuis, de St-Denis, pendant quelque temps, elle entre à Baudelocque le 3 mars 1891.

Examen. — Utérus gros, prolabé = 9 centim., en rétroversion peu adhérente.

Les annexes ont de chaque côté le volume d'une mandarine, très dures, bosselées, douloureuses et adhérentes.

(1) Il est à remarquer que cette malade avait eu un rétrécissement syphilitique du rectum qui avait nécessité la dilatation. Il n'est donc pas étonnant que la partie de l'intestin située au-dessus du point rétréci, déjà altérée, se soit fistulisée au contact des pinces ou des tampons.

L'indication opératoire par voie sus-pubienne serait castration bilatérale, hystéropexie.

Diagnostic. — Prolapsus, salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 22 avril 1891. — Morcellement en trois étapes. Les annexes sont enlevées en totalité. Les trompes ont le volume du pouce, leur paroi est dure, lardacée. Les ovaires très gros contiennent : le droit 2 petits kystes comme une noisette, le gauche plusieurs kystes plus petits.

Six pinces. Durée : 35 minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, les trois premiers jours. Les pinces oubliées ne sont enlevées qu'au bout de 72 heures, ainsi que les tampons. Aussi le 4ᵉ, le 5ᵉ et le 6ᵉ jours, température vespérale à 38°5. Pouls à 120, léger ballonnement du ventre. Subdélire. Cependant mictions normales et selles tous les jours. Le 7ᵉ jour, disparition des accidents.

La malade se lève le 21ᵉ jour et part au Vésinet, complètement guérie, au bout de 5 semaines.

Revue le 2 mai 1894. Guérison absolue.

Observation 40 (Guitton).

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée R..., Marthe, âgée de 30 ans, entre le 20 avril 1891, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, mariée à 20 ans ; 1ʳᵉ grossesse le 27 mai 1882, couches bonnes ; 2ᵉ grossesse le 6 mai 1884, couches bonnes ; 3ᵉ grossesse terminée à 8 mois en 1888. Enfant a la maladie bleue. Douleurs ayant persisté 18 h., pas de fièvre, à la suite rétroversion douloureuse ; 4ᵉ grossesse, accouchement par le siège le 28 avril 1890, la malade sort et va faire de très longues courses dès le 21 mai. Cette dernière grossesse avait été particulièrement douloureuse et avait été compliquée d'une hydramnios très considérable apparue au 4ᵉ mois.

(Recrudescence de blennorrhagie chronique du mari vers mai 1890).

Curettage le 3 juillet 1890.

Amélioration jusqu'en octobre, beaucoup de fatigues l'hiver ; poussée aiguë de salpingite droite en novembre ; le côté gauche a commencé à être douloureux depuis Pâques.

Grandes attaques d'hystérie fréquentes, presque journalières, la malade est d'ailleurs hémi-anesthésique et a un rétrécissement considérable du champ visuel.

Examen. — Palper douloureux des deux côtés, à gauche on sent les annexes augmentées de volume. L'ovaire est extrêmement douloureux,

à droite, les annexes du volume d'un œuf de poule, sont très adhérentes. L'utérus est peu mobile.

Hystérectomie vaginale, le 25 avril 1891. — Morcellement en deux étapes. A gauche, l'ovaire scléro-kystique présentant à peu près le volume d'un œuf de pigeon est enlevé ainsi que la trompe dont les parois sont épaissies et le pavillon oblitéré. A droite, l'ovaire et la trompe sont adhérents dans le petit bassin, mais peuvent cependant être extirpés sans difficultés ; la trompe est augmentée de volume ; l'ovaire, triplé de volume, est bourré de kystes.

Durée : 30 minutes, 4 pinces.

Suites opératoires. — Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 4e jour.

A partir de ce moment la guérison se fait sans accidents, cependant le 20 mai la malade a eu une grande attaque d'hystérie.

Sort le 26 mai.

Revue en novembre 1892. Va très bien.

Observation 41 [1] (Personnelle).

Dégénérescence scléro-kystique des ovaires.
Salpingite interstitielle double. — Fibrôme sous-péritonéal du fond de l'utérus. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle Leni.., 35 ans, entre le 25 avril 1891, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Antécédents. — En novembre 1888 se plaint de vives douleurs dans les deux côtés, à l'hypogastre et aux reins, plus accentuées pendant la marche, par la moindre fatigue. Aucun signe, à ce moment, de métrite, mais constatation bien nette d'un prolapsus utérin au 1er degré, réductible facilement, d'une forte antéversion de l'utérus surmonté par une tuméfaction petite comme une noix. Aucun autre signe de corps fibreux.

Règles normales, mais douloureuses. Rien dans les culs-de-sac. La malade est une névropathe sans antécédents génitaux.

Opération d'Alexander le 8 novembre 1888, par M. le Dr Schwartz. Grand soulagement qui dure de huit à neuf mois. Puis tout recommence, quoiqu'il n'y ait rien de modifié dans les conditions anatomiques de la matrice.

On commence en 1889 à constater de la douleur à la pression dans les culs-de-sac par le palper bimanuel, mais sans qu'il soit possible de sentir les annexes augmentées de volume. Traitement par les révulsifs et les anti-nerveux.

En 1890. Signes de métrite, flueurs blanches, douleurs hypogastriques, la petite tumeur du fond de l'utérus n'augmente pas.

(1) Rédigée sur les notes de M. le docteur Schwartz.

Curettage et cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc à 1/10e.

Amélioration nouvelle qui ne dure pas.

Examen de la malade en 1891.— La petite tumeur du fond de l'utérus se détache de mieux en mieux comme un petit corps fibreux. Les annexes sont douloureuses à l'exploration. On essaie les injections hypodermiques de sérum artificiel de Chéron.

Aucune amélioration, la malade demande à grands cris à être débarrassée par une opération.

Le docteur Segond voit la malade avec le docteur Schwartz et en raison des phénomènes douloureux qui rendent toute activité impossible, propose l'hystérectomie vaginale qui est acceptée.

Hystérectomie le 30 avril 1891. — Morcellement en trois étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes sont atteintes de lésions interstitielles, les ovaires scléro-kystiques.

Six pinces. Durée : vingt-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls et de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures ; des tampons le quatrième jour.

Aucun incident de convalescence.

La malade se lève le vingtième jour et rentre chez elle le vingt-cinquième jour, complètement guérie.

Revue plusieurs fois. En avril 1894 : états général et local merveilleux.

Observation 42 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée M..., Louise, âgée de 24 ans, entrée le 5 mai 1891, à la Clinique Baudelocque, dans le service du professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, règles régulières durant deux jours, douloureuses. Perd en blanc depuis l'âge de 19 ans (premiers rapports sexuels).

Depuis le 29 avril, la malade éprouve de violentes douleurs dans l'aine gauche, s'irradiant dans le bas-ventre et jusqu'au milieu de la cuisse gauche.

Depuis cette date elle a beaucoup maigri, la marche lui est devenue impossible, elle a perdu l'appétit et a de la fièvre le soir.

Examen. — Utérus en antéversion. A gauche tumeur du volume d'une mandarine, très-douloureuse, fluctuante. A droite tumeur un peu moins volumineuse, plus dure, très douloureuse.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 13 mai 1891. — Morcellement en trois

étapes. Ablation complète des annexes. La trompe gauche contient un verre à Bordeaux de pus. La trompe droite environ une cuillerée à café de liquide séro-purulent. Les ovaires sont scléro-kystiques.

Six pinces. Durée trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le quatrième jour. Convalescence sans incident, la malade se lève le dix-huitième jour et part complètement guérie le samedi 13 juin.

En avril 1894. Guérison absolue.

Observation 43 (Guitton)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée B...., âgée de 42 ans, entre le 20 mai 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans régulièrement, deux ou trois jours à chaque fois. Mariée à 18 ans. Une grossesse terminée à huit mois en 1878 sans cause appréciable, pas d'accidents consécutifs ; la malade se lève trois semaines après environ ; retour de couches cinq ou six semaines après ; à ce moment début de péritonite aiguë qui la force à garder le lit un mois et deux mois de convalescence. Depuis lors les règles restèrent régulières, non douloureuses, lorsque la malade ne se fatiguait pas et durant deux ou trois jours.

En 1885, vers le mois de mai, légère perte de sang pendant tout le mois ; quatre cautérisations au fer rouge : la douleur augmentant, la malade change de médecin et garde le repos, ce qui amène de l'amélioration.

En 1889, nouvelle péritonite à la suite d'une injection d'eau froide à la fin des règles ; trois semaines de lit, deux mois de convalescence.

En 1890, en novembre, à la fin des règles, nouvelle poussée de péritonite, sept mois de lit.

En janvier 1891, nouvelle poussée.

En février 1891, nouvelle poussée.

Depuis ce moment l'état s'est amélioré légèrement. Mais la malade éprouve toujours des douleurs hypogastriques qui l'obligent à garder le lit presque constamment.

Examen. — On sent à droite, à travers la paroi abdominale, une petite tumeur arrondie semblant grosse comme le poing, la palpation éveille à ce niveau des douleurs assez vives. Elle est peu mobile.

A gauche, on sent dans le petit bassin une masse dure, résistante, douloureuse également à la pression et qui est formée par les annexes de ce côté.

Au toucher, l'utérus est fixé, enclavé entre deux masses qui bombent dans les culs-de-sac et dont la fluctuation n'est pas bien nette.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 25 mai 1891.—Morcellement par étapes. Après l'ablation de l'utérus on trouve à droite une collection ovarienne sanguine grosse comme un œuf environ, qui est crevée au cours de l'opération et dont la poche est ensuite enlevée sans difficulté. La trompe, du volume du pouce, très adhérente, est enlevée.

A gauche, les annexes sont perdues au milieu d'adhérences très fortes, leur décollement est très long et très délicat, cependant on en vient à bout, mais on laisse à peu près la moitié de l'ovaire gauche.

La trompe est très épaissie (type de salpingite hypertrophique parenchymateuse).

Six pinces à demeure. L'opération a duré quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température ni du pouls. Pas de vomissements.

Les pinces sont retirées au bout de quarante-huit heures.

La malade urine seule et va à la selle (par lavement).

Les tampons sont enlevés le quatrième jour.

La malade se lève au bout de trois semaines et sort complètement guérie le 17 juin.

Observation 44 (Guitton).

Hystérectomie complémentaire après échec de la laparotomie. Guérison.

La nommée S..., Marguerite, entre le 22 mai 1881, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement, pendant huit jours, peu abondamment, jamais de leucorrhée. Mariée à 20 ans, pas de grossesses ni de fausses couches.

Dans le courant de sa première année de mariage, ses règles devinrent plus abondantes, il se produisit même une hémorrhagie en caillots qui dura quinze jours.

Au mois de février 1889 nouvelle hémorrhagie d'une durée de quinze jours et depuis lors elle commence à voir ses règles pendant toute la durée du mois. En même temps il existait, surtout au moment des règles, des douleurs violentes nécessitant fréquemment des repos de deux à huit jours.

En janvier 1890, Mickiewitz, de Saint-Pétersbourg, lui enleva les annexes par laparotomie ; trois semaines de convalescence.

A la suite de l'opération, elle resta six mois sans souffrir, puis les pertes de sang reparurent abondantes et plus irrégulières ; les douleurs devinrent bientôt très violentes, nécessitant fréquemment plusieurs jours de repos au lit.

Examen. — Au palper et au toucher combinés on sent, en arrière et à droite, une tumeur dure, résistante, qui est le corps de l'utérus en latéro-version.

L'utérus est peu mobile, son col regarde l'axe du vagin, il est étroit et long.

Hystérectomie vaginale, le 30 mai 1891. — Morcellement en cinq étapes. Au cours de l'opération on s'aperçoit que le col a acquis une longueur considérable, que le volume du corps de l'utérus a augmenté; il est en effet gros comme une mandarine environ.

L'opération dure vingt-cinq minutes. Sept pinces à demeure.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température ni du pouls. Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures. La malade urine seule et va à la selle (lavement). Les tampons restent en place quatre jours.

La malade se lève le vingt-et-unième jour et quitte l'hôpital, guérie, le 24 juin.

Revue en juin 1892. États général et local parfaits.

Observation 45 (Personnelle) (1)

Périmétro-salpingite suppurée. — Abcès pelvien fistuleux dans le rectum et le vagin. — Opération de Péan. — Mort au troisième jour.

La nommée Jar..., Marie, âgée de 26 ans, entre le 25 mai 1891 à l'hôpital Cochin, service de M. le Docteur Bouilly.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, souffre dans le ventre depuis une fausse couche de trois mois faite il y a quatre ans (à 22 ans). A plusieurs reprises elle a eu des poussées de péritonite qui ont nécessité son séjour au lit pendant un temps variant de quinze jours à six semaines. Plusieurs abcès se sont ouverts dans le vagin.

Au mois d'octobre 1890, à la suite d'une poussée plus violente, elle rendit du pus par le rectum et fut momentanément soulagée. Depuis cette époque, les selles sont entièrement souillées de pus. Une dernière poussée a eu lieu au mois d'avril 1891 ; à la suite, la malade entre à Cochin.

(1) Rédigée d'après les notes remises par M. le Dr Bouilly.

Examen. — Utérus enclavé au milieu de masses fluctuantes par places et remontant à mi-chemin de l'ombilic. État général mauvais : tous les soirs, 38°5 à 39°. Amaigrissement, perte d'appétit.

M. Bouilly, considérant la laparotomie comme impossible et trop grave en pareil cas, prie M. le Docteur Segond de venir pratiquer à cette malade l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale, le 2 juin 1891. — Morcellement en trois étapes, ouverture de trois énormes poches purulentes à pus extrêmement fétide. Au cours de l'opération la malade rend par l'anus une notable quantité de pus.

Opération extra-péritonéale. Six pinces. Durée : 35 minutes.

Suites opératoires. — Température et pouls normaux le premier et le second jours. Ablation des pinces et des tampons au bout de quarante-huit heures. Matières fécales dans le vagin. Élévation du pouls et de la température dans la journée. Mort de péritonite le troisième jour.

Observation 46 (Personnelle).

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle double. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée D..., âgée de 39 ans, entre le 2 mai 1891, à la Clinique Baudelocque, service du Professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, règles venant tous les 28 jours pendant 3 jours.

A eu deux filles, l'une âgée de 13 ans et l'autre de 10 ans. Le premier accouchement s'est effectué tout seul ; le délivre fut extrait une demi-heure après par une sage-femme. Après cet accouchement la malade est restée deux mois au lit, souffrant de douleurs abdominales. Elle alla consulter M. Tarnier qui fit des scarifications, des pointes de feu, fit appliquer des vésicatoires et conseilla le port d'un pessaire, que la malade a conservé pendant cinq mois.

Au bout de huit mois environ les douleurs ont disparu ; elle a pu s'occuper de son intérieur, mais était toujours faible.

En 1880, elle se trouve de nouveau enceinte. Elle eut une grossesse très pénible. La malade accoucha néanmoins à terme d'une fille actuellement vivante. A la suite de cet accouchement, fait par une sage-femme, elle eut de fréquentes poussées fébriles.

Elle retourna chez M. Tarnier, qui la soigna jusqu'en 1888, pour une périmétrite.

En 1889, poussée de péritonite.

Elle s'adressa ensuite à un spécialiste qui la traita par l'électricité, les pointes de feu, les pansements vaginaux, les bains, les douches, jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 2 mai 1891.

Examen. — Le toucher est très douloureux, à gauche on sent une masse qui impose le diagnostic de salpingo-ovarite.

A droite le ventre est souple et on ne sent rien d'anormal.

La malade fut dès lors soumise aux réactifs locaux : vésicatoires, sangsues, etc... On lui fit prendre aussi des injections antiseptiques.

Toute cette médication n'amenant pas de résultats appréciables, il fut décidé qu'on aurait recours à une opération.

MM. Segond et Pinard résolurent de toucher de nouveau la malade sous le chloroforme, et si le diagnostic ne se trouvait pas modifié, de procéder à une laparotomie et à l'ablation des annexes gauches.

La malade fut endormie le 24 juin 1891.

A gauche la même masse fut sentie. A droite, dans le point symétrique, on ne sentait rien ; mais derrière l'utérus on sentait une masse refoulant l'utérus en avant, et qui était évidemment constituée par les annexes droites.

Il fut donc décidé qu'il serait procédé à l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale, le 23 mai 1892. — Incision exploratrice du cul-du-sac postérieur qui permet de reconnaître à ce niveau les annexes droites malades.

Morcellement en 3 étapes. Ablation complète des annexes très adhérentes. Trompes du volume du pouce, hypertrophiées. Ovaires remplis de kystes.

9 pinces. Durée : 30 minutes.

Suites opératoires.— Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

Hématémèse le 4e jour. La malade se lève le 21me jour et part au Vésinet au bout de six semaines, se plaignant de douleurs vagues dans la région hypogastrique.

Revue en mars 1894. Etats général et local parfaits. Toujours nerveuse. Guérison absolue.

Observation 47 (Personnelle)

Ovaires scléro-kystiques. — Métrite parenchymateuse.
Opération de Péan. — Guérison.

La nommée M.., âgée de 40 ans, entre le 26 juin 1892, chez les Sœurs Augustines, rue de la Santé.

Antécédents personnels.— 5 enfants, le premier, il y a 17 ans, le dernier il y a 5 ans. Rien d'anormal dans la grossesse ou dans les couches, sauf une présentation défectueuse, sans accidents, d'ailleurs, pour la mère et l'enfant.

Quelques antécédents nerveux dans la famille. Le père est un hypochondriaque. La malade est elle-même très nerveuse, sans crise de nerfs toutefois.

Début de l'affection il y a 17 ans, à la suite de sa première couche, la malade a été vue par un médecin de Lille, qui déclara qu'il s'agissait d'une métrite ; on ne fit rien ou à peu près.

Périodes d'améliorations et d'aggravations après les couches, jamais guérison.

En 1888 et 1889 les pertes blanches sont devenues très-abondantes et gênent considérablement la malade par l'irritation qu'elles entretiennent au niveau de la vulve de la face interne des cuisses. Peu de douleurs, sauf au moment des règles. Celles-ci sont d'ailleurs régulières, d'une abondance médiocre et de courte durée.

En 1889, elle consulte M. Trélat qui constate : 1° Endométrite ; 2° Utérus énorme, hystéromètre 11 centim.; 3° Rétroflexion très accusée, mobile ; 4° État douloureux des annexes, particulièrement à gauche.

Le 22 juin 1889, curage utérin après dilatation à la laminaire. Le curage a amené la cessation des écoulements.

Le 22 juillet 1889. Opération d'Alexander. Un mois après cette opération la malade quitte la Maison de santé, avec un utérus sans écoulement et redressé, mais il est encore volumineux.

La malade souffre de douleurs de cystite provoquée par un cathétérisme septique, à la Maison de santé. Ces douleurs persistèrent plusieurs mois, et la conduisirent à M. Duret, à Lille. M. Duret, trouvant l'utérus encore gros, fit, en janvier 1890, des scarifications répétées du col.

Cela n'amena pas la régression de l'organe et bientôt des pertes blanches réapparurent

Au mois de mai 1890, 30 jours à Néris, outre le traitement thermal il y a un traitement vagino-utérin de M. de Ranse, tampons, cautérisations, etc...

Les douleurs ressenties de temps à autre dans le bas-ventre, surtout à gauche, deviennent plus fréquentes, plus vives, la malade ne peut pas marcher longtemps ; la plus grande partie de sa vie se passe au lit.

Au retour de Néris, consultations de M. Tarnier qui conseille les moyens médicaux, et de M. Terrier, qui conseille d'attendre 3 mois au bout desquels il est d'avis, si l'état persiste, d'enlever les annexes par la laparotomie.

Retour à Armentières ; injections, pointes de feu répétées sur le ventre.

En décembre 1890, M. Dubar, de Lille, appelé à traiter la malade, constate le volume énorme de l'utérus, rattache à celui-ci les accidents éprouvés et s'efforce d'en obtenir la régression par des soins locaux, des tampons, etc.

Tout cela n'amène aucune amélioration, la marche est impossible, les douleurs dans le bas-ventre sont fréquentes, les pertes blanches

abondantes, les règles douloureuses et très peu abondantes. L'état général reste bon, mais le nervosisme s'accentue.

En mai 1891, sur le conseil de M. Terrier, la malade entre dans l'établissement hydrothérapique de M. Zeller, deux douches par jour, massage à la fin. Au cours de ce traitement, les douleurs deviennent plus vives que jamais, la malade reste presque constamment au lit ; elle n'a plus de sommeil, même avec la morphine, plus d'appétit.

C'est dans ces conditions qu'elle vient consulter M. Segond.

Examen. — Utérus très gros : 9 centim., douloureux ; ovaires volumineux, très adhérents. La malade demande une opération qui lui permette de reprendre la vie normale.

Hystérectomie vaginale, le lundi 29 juin 1892. — Morcellement en 3 étapes. Utérus très gros (160 gr.), très saignant. Ablation totale des annexes. Trompes très congestionnées, ovaires triplés de volume, remplis de kystes très adhérents.

Hémorrhagie assez abondante d'une artère utéro-ovarienne, qui est rapidement pincée.

10 pinces. Durée : 30 minutes.

Suites opératoires. — Nulles jusqu'au 3e jour. Le 3e jour (après l'ablation des pinces) congestion pulmonaire double, dyspnée, face cyanosée. Température 38°, pouls 140, aucun symptôme péritonéal. Injection de sérum, acétate d'ammoniaque, ventouses, etc. Détente le 5e jour et convalescence sans autre incident. La malade se lève le 21e jour et part le 30e jour.

Revue la dernière fois en mars 1894. Etats général et local parfaits. Reste nerveuse et morphinomane. Guérison complète.

Observation 48 (Guitton)

Petit kyste de l'ovaire droit. — Ovaire gauche scléro-kystique. — Salpingite interstitielle double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée S..., Emilie, âgée de 40 ans, entrée le 26 juillet 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, très abondamment. Mariée à 35 ans, a commencé à souffrir du ventre un mois après, mais sans avoir jamais présenté d'écoulement d'aucune sorte. Ni grossesses, ni fausses couches.

Depuis son mariage, ses règles sont devenues très douloureuses ; elles durent trois jours et s'accompagnent de vomissements opiniâtres ; la malade est tellement mal à l'aise à ce moment qu'elle est obligée de garder le lit. Elle n'a jamais eu de fièvre, l'appétit est conservé.

Examen. — On sent à droite, au-dessus du pubis, une tumeur dure, résistante, insensible à la pression et grosse comme une mandarine.

Utérus rejeté à gauche, le col dirigé en arrière ; cet utérus est volumineux, très dur, pas très mobile.

A droite, on sent une tumeur du volume d'une orange, peu mobile, douloureuse, rénitente. A gauche, les annexes ont le volume d'une mandarine, elles forment une masse très dure, très douloureuse et très adhérente.

Diagnostic. — Salpingite kystique à droite, parenchymateuse à gauche.

Hystérectomie vaginale, le 31 juin 1891.—Morcellement en 4 étapes. L'utérus une fois enlevé, on trouve à droite une tumeur kystique grosse comme une mandarine : tumeur qui se crève pendant l'opération et qui ne laisse échapper que du liquide clair. La poche est enlevée ensuite presque complètement ; on voit alors qu'elle était constituée par l'ovaire. La trompe est peu altérée.

On essaie de saisir l'ovaire gauche qui présente de la dégénérescence scléro-kystique, mais il se déchire au fur et à mesure sous la pince ; on parvient cependant à l'enlever ainsi que la trompe très épaissie.

L'utérus pèse 170 grammes. Six pinces à demeure.

L'opération a duré trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température ni du pouls. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. La malade urine seule et va à la selle (par lavement).

Les tampons sont retirés le quatrième jour.

La malade se lève le vingtième jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 27 juillet 1891.

Revue en février 1893. Etats local et général parfaits. Guérison absolue.

Observation 49 (Guitton)

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée D..., Eugénie, âgée de 24 ans, entrée le 13 mai 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Trois ou quatre métrorrhagies par mois, abondantes et douloureuses.

Mariée à 18 ans, a eu deux enfants. Le premier, en 1887, à l'âge de 19 ans, accouchement fait par une sage-femme. Au quinzième jour, hémorrhagie assez forte. La malade dut garder le lit pendant trois mois et ne fut rétablie qu'au bout de six mois ; elle souffrait de points de côté, toussait beaucoup et expectorait des crachats blanc jaune.

Le deuxième accouchement, fait également par une sage-femme, a eu

lieu en 1888. La malade a gardé le lit pendant un mois et demi, a perdu pendant 1 mois, a nourri cet enfant six mois.

Depuis cette couche la malade souffre toujours du ventre. Elle a des pertes abondantes. Depuis quatre mois pertes jaune blanc abondantes. Sans avoir un aspect cachectique, cette femme est maigre.

L'auscultation dénote des craquements au sommet gauche.

Examen. — Col volumineux, ramolli superficiellement. Dans le cul-de-sac droit, tumeur paraissant solide et indépendante de l'utérus, du volume d'un œuf, séparée de l'utérus par un sillon profond.

A gauche, au niveau de la partie postérieure de l'échancrure sciatique, tuméfaction douloureuse qui forme un noyau très-adhérent à la paroi du bassin.

Diagnostic. — Salpingite double, probablement kystique.

Hystérectomie vaginale, le 1er juillet. — Morcellement en 2 étapes. L'ovaire gauche est enlevé avec la calotte utérine, il est gros, kystique, présentant en son centre un noyau hémorrhagique d'un centimètre de diamètre et adhérent à l'épiploon. L'ovaire droit est scléreux.

Les trompes ont le volume du pouce et offrent les lésions de la salpingite parenchymateuse hypertrophique.

4 pinces. Durée : 20 minutes.

Suites opératoires. — Excellentes, pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

La malade se lève le 24 Juillet et part pour le Vésinet, complètement guérie, le 15 août.

D'après des renseignements fournis par M. Delagenière, du Mans (avril 1893), cette malade se plaindrait encore de douleurs pelviennes.

Observation 50 (Personnelle) (1)

Pyosalpinx droit. — Salpingite parenchymateuse gauche.
Opération de Péan. — Guérison.

La nommée F.., Diane, âgée de 21 ans, entrée le 27 mai 1891, Hôpital Laënnec, service de M. le docteur Gérard Marchant et opérée par M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, assez régulièrement depuis.

Première grossesse à 20 ans, accouchement normal, à terme, d'un enfant bien portant qui n'a eu ni ophthalmie, ni éruption cutanée.

(1) Rédigée d'après les notes remises par M. le Dr Gérard Marchant.

Accouchée par une sage-femme. S'est levée la troisième semaine. Pas de pertes rouges. Lochies normales. Retour des règles deux mois après les couches ; trois mois après l'accouchement, début des phénomènes douloureux dans l'abdomen, ménorrhagies. Il y a sept semaines, phénomènes douloureux plus intenses. Alitement, douleurs assez vives dans le côté droit pendant la marche et la station.

Pas de vomissements. Constipation habituelle. Pas de fièvre.

Examen du 29 mai. — Toucher douloureux. Col abaissé petit conique. Utérus fixé. Cul-de-sac latéral droit empâté, induré. Cul-de-sac gauche un peu plus profond mais donnant la même sensation.

Cul-de-sac postérieur. Le doigt est arrêté par une masse qui fixe l'utérus en arrière.

Toucher rectal : à droite on sent une masse absolument dure, allant du sacrum à l'utérus et gênant le passage du doigt de ce côté-là : à gauche, on peut faire le tour du globe utérin qui est régulier de forme et de consistance, mou par places. De ce même côté on sent à la face interne du rectum une petite saillie fluctuante, douloureuse, qui paraît être l'orifice d'évacuation de la poche purulente.

Diagnostic. — Salpingite suppurée, très-adhérente au rectum à droite, parenchymateuse à gauche.

Hystérectomie vaginale, le 3 juillet 1891. — Morcellement en trois étapes. A gauche, trompe parenchymateuse, ovaire kystique. A droite, poche volumineuse tendue, adhérente, qui se vide au moment où on veut l'abaisser. Ecoulement de deux cuillerées de pus vert épais.

Après cela ablation de la poche, qui est granuleuse à sa face interne. On sent la paroi rectale antérieure un peu épaissie au point du contact avec la poche purulente.

Ablation totale des annexes.

Quatre pinces. Durée : trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces et des tampons au bout de quarante-huit heures.

Convalescence sans incident. La malade se lève le vingtième jour et sort guérie au bout d'un mois.

Observation 51 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée H..., âgée de 30 ans, entrée le 5 juillet 1891, à la Clinique Baudelocque, service du Professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, d'une façon régulière, durant deux

ou trois jours. A toujours joui d'une excellente santé jusqu'à son accouchement.

Le 7 janvier 1891 a été accouchée d'un enfant à terme, bien constitué, par une sage-femme ayant un panaris (deux femmes accouchées par la même personne, dans la même semaine, sont mortes avec des accidents septiques).

Huit jours après la malade souffrait dans le côté gauche; le médecin du quartier fit mettre des vésicatoires et appliquer de l'onguent gris.

Le 19 février, le Docteur Potocki, constatant une tumeur fluctuante au-dessus de l'aine gauche, l'incisa et ainsi évacua une notable quantité de pus.

Pendant un mois encore, la malade a beaucoup souffert.

Le 28 mai, le Docteur Potocki agrandit l'incision et plaça un drain. Lavages.

Examen. — La malade a toujours conservé un bon appétit et a, d'ailleurs, un bon aspect, malgré ce long séjour au lit.

Au niveau de l'incision on sent une énorme tuméfaction qui remplit tout le côté gauche; les annexes gauches sont évidemment perdues.

Les annexes droites sont malades; M. Segond n'affirme pas qu'elles soient suppurées, mais ce qu'il affirme, c'est qu'un laparotomiste les enlèverait.

Le Docteur Monod, présent à l'opération, convient d'ailleurs qu'en raison des adhérences, la laparotomie serait impossible.

Hystérectomie vaginale le 8 juillet 1891 (Position de Péan). — On fait d'abord un lavage de la poche par l'incision abdominale.

Morcellement rendu très difficile par l'amincissement considérable de la lèvre antérieure du col. Étapes irrégulières. Ablation incomplète des annexes. Ouverture de la poche purulente gauche, ablation des annexes droites, très adhérentes. La trompe contient une cuillerée à café de pus, l'ovaire plusieurs petits abcès miliaires.

On place un drain qui passe de l'orifice sus-inguinal dans le vagin.

Six pinces. Durée : une heure vingt minutes.

Suites opératoires. — Les pinces ne sont enlevées qu'au bout de soixante heures (oubli); aussi, le soir du troisième jour, la malade a 40°. En même temps que les pinces, on enlève les tampons, et des lavages toutes les trois heures sont faits par le drain.

La température tombe le lendemain à 38° et redevient tout à fait normale le septième jour.

Le drain est supprimé le dix-septième jour, la malade se lève le vingt-et-unième jour.

Son état s'améliore de jour en jour; le 27 août elle quitte l'hôpital, conservant un petit trajet fistuleux inguino-vaginal qui donne un peu de pus.

Revue le 2 octobre 1891, complètement cicatrisée. États local et général parfaits. En mars 1894, guérison absolue.

Observation 52 (Guilton)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Mort.

La nommée L..., âgée de 27 ans, entrée le 7 juillet 1891, à la Maison municipale de Santé, serviee de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 17 ans, régulièrement. Mariée à 19 ans. Jamais de grossesse ni de fausses couehes. Souffre depuis cinq ans, époque où elle a commeneé à avoir, surtout après des fatigues de marches prolongées, des douleurs violentes dans les reins et le bas-ventre. En même temps la malade eut des métrorrhagies qui furent abondantes surtout il y a trois ans ; hémorrhagies en caillots n'ayant cédé qu'à une application de glace sur le ventre pendant 3 jours.

Depuis lors elles ont toujours continué mais moins abondantes ; dans l'espaee d'un mois, la malade ne restait que dix jours sans perdre ; les douleurs avaient également diminué d'intensité, lorsqu'au mois de mai elles reprirent avee une nouvelle violenee, ainsi que les hémorrhagies.

Fièvre le soir depuis quelque temps. La malade est très-affaiblie.

Examen. — L'utérus est en rétroversion et peu mobile.

A droite, on aperçoit une tumeur du volume d'une tête de fœtus qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est très-douloureuse, peu mobile et nettement fluctuante.

A gauche, on sent une deuxième tumeur un peu moins volumineuse que eelle de droite, très-adhérente, très-douloureuse, mais plus rénitente.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie le 21 juillet 1891. — Morcellement en 2 étapes. A droite, on crève une poche, formée par l'ovaire et la trompe, qui laisse écouler deux grands verres de pus.

A gauche, la poehe, presque exclusivement formée par l'ovaire, contient une quantité de pus fétide presque aussi considérable.

Ces poches sont enlevées en totalité.

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes. Cinq pinees à demeure.

Suites opératoires. — Aueune réaction de la température. Mais la malade est très-affaiblie, elle ne vomit pas.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures. La malade rend des gaz et va à la selle (par lavement).

Elle suceombe le quatrième jour, sans vomissements, sans ballonnement du ventre, avec un pouls à 140.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation 53 (Personnelle)

Pyosalpinx fistuleux dans le vagin et périsalpingite suppurée gauche. Hématosalpinx droit. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Rob..., âgée de 36 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 18 juillet 1891.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, régulièrement, mais très abondamment.

Mariée à 21 ans, a une bartholinite suppurée quelques mois après et une deuxième à 27 ans. N'a jamais été enceinte.

A commencé à souffrir dans le ventre à 30 ans. Soignée par les cautérisations en 1890 pour des pertes blanches abondantes.

Depuis cette époque aggravation des symptômes douloureux. Au mois de mai 1891, les docteurs Ledru, Planchard et Vigenaud constatent la présence d'une collection bombant dans le cul-de-sac postérieur ; on pratique l'incision vaginale. Cette poche reste fistuleuse, les douleurs persistent et en présence de la bilatéralité très nette des lésions (pyosalpinx double), les mêmes médecins conseillent l'ablation des annexes.

Hystérectomie vaginale, le 24 juillet 1891. — Ouverture d'un abcès périsalpingien à gauche, ablation complète des annexes, la trompe droite a le volume des deux poings et contient du sang noirâtre, la trompe gauche a le volume du poing et contient du pus.

Au fond de l'utérus petit fibrôme du volume d'une mandarine.

Huit pinces. Durée : cinquante minutes.

Suites opératoires. — Température normale. Pouls à 120 jusqu'à l'ablation des pinces qui a lieu en même temps que celle des tampons, au bout de quarante-huit heures.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le vingtième jour et part au bout de vingt-cinq jours.

Elle conserve un léger écoulement vaginal jusqu'au 6 novembre 1891.

Revue depuis à plusieurs reprises dont la dernière en mars 1894. Etat local parfait, état général excellent. En somme, guérison absolue. A deux reprises, depuis que l'état général est redevenu excellent, bouffées menstruelles qui ont nécessité l'application de sangsues.

Observation 54 (Wassilieff).

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée L..., Hortense, âgée de 26 ans, entrée le 27 juillet 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée d'ordinaire et n'ayant jamais été malade jusqu'à il y a quatre mois ; elle ressentit au moment de ses règles, à cette époque, de violentes douleurs dans le ventre avec vomissements et frissons.

Elle garda le repos pendant quinze jours, les douleurs se calmèrent et elle reprit sa vie habituelle quoique souffrant encore.

Il y a quinze jours (premier jour de juillet), elle fut reprise de violentes douleurs, surtout du côté droit, avec vomissements et frissons et c'est dans cet état qu'elle vint à la Maison municipale de Santé.

Examen. — On constate que la malade est pâle, que ses traits sont tirés, le faciès est terreux, grippé.

Le ventre est peu volumineux, quoique un peu ballonné ; on perçoit surtout de la tuméfaction du côté droit. Le palper est très douloureux, mais permet de sentir une masse rénitente à droite, du volume d'une grosse orange, et à gauche, on perçoit une masse du volume du poing, très douloureuse. Au toucher, utérus haut situé, très peu mobile, douloureux. Culs de sac effacés et douloureux. Jamais de pus dans le rectum. Température atteint 38° à 38°4 le soir.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 9 août 1891. — Utérus non abaissable, morcellement assez difficile ; à la deuxième étape, ouverture d'un foyer postérieur et d'un foyer latéral droit. Lavages au sublimé. Dès lors, l'utérus s'abaisse très facilement et le morcellement se termine à la troisième étape, par l'ouverture d'une poche purulente gauche. Les annexes du côté droit furent complètement enlevées ; celles du côté gauche ne vinrent qu'en partie.

Durée de l'opération : 45 minutes. Sept pinces à demeure.

Suites opératoires. — La température s'abaissa lentement pour devenir normale le sixième jour. Aucune réaction du pouls.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. La malade urine seule et va à la selle.

Les tampons sont retirés le quatrième jour. La convalescence fut lente, la malade ayant de temps en temps des frissons et des sueurs nocturnes. Ces phénomènes ne disparurent que le 6 septembre et dès lors, la guérison marcha rapidement. L'appétit revint et avec lui les forces. Les douleurs avaient complètement disparu et la malade sortit guérie le 16 septembre.

Revue en mars 1894. Etats général et local parfaits.

Observation 55 (Wassilieff)

Hystérectomie complémentaire. — Pyosalpinx gauche. — Guérison.

La nommée C..., Marguerite, entrée le 22 août 1891, à la Maison municipale de santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Traitée l'année dernière (1890) par M. Segond pour une endométrite avec salpingo-ovarite droite.

La malade a subi un curettage, et, le 1er Mai 1890, la laparotomie avec ablation des annexes droites suppurées.

Depuis ces opérations, elle s'est trouvée soulagée pendant six mois, quoiqu'elle ressentît toujours des douleurs dans le ventre.

Au mois de juillet 1891, les douleurs deviennent très-fortes, l'appétit et les forces diminuent ; les règles sont douloureuses et suivies d'un léger écoulement blanc.

La malade, à cette époque, subit un curettage incomplet, chez elle, et sans anesthésie. Son état, loin de s'améliorer, empira ; c'est alors qu'elle se décida à consulter M. Segond pour la deuxième fois.

Examen. — Le ventre est douloureux au palper, à droite aussi bien qu'à gauche. De ce côté, on sent une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, dure, immobile. A droite, douleurs seulement.

Au toucher. — Utérus dévié à droite et en antéversion, peu mobile, les mouvements imprimés à l'organe sont douloureux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tuméfaction qui fait corps avec la tumeur que l'on sent à gauche de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral gauche. Le cul-de-sac latéral droit est légèrement empâté et assez douloureux au toucher.

La malade a des envies de vomir et de fortes douleurs après l'exploration.

Diagnostic. — Pyosalpinx.

Hystérectomie vaginale, le 25 août 1891. —L'ouverture du cul-de-sac postérieur, ouvre en même temps une première collection purulente petite et située à droite.

Le morcellement s'effectue en 3 étapes ; après l'ablation du fond de l'utérus, qui adhère à l'épiploon, on ouvre une seconde collection purulente assez volumineuse et siégeant à gauche. La seconde poche formée par l'ovaire et la trompe kystiques est enlevée en totalité.

7 pinces hémostatiques. Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites opératoires. — Simples, température ne montant pas au-dessus de 37°2. Pouls précipité à 120 et quelques vomissements dans les deux premiers jours. L'ablation des pinces se fait sans accident, au bout de 48 heures. La malade urine seule et va à la selle (lavement). Les tampons sont enlevés le 4e jour.

Très-légères douleurs dans les reins pendant les huit premiers jours. La guérison s'effectua sans incident. La malade commença à se lever le 16 Septembre et sortit guérie le 27 Septembre.

Revue en Mars 1894, complètement guérie.

Observation 56 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Rétroflexion adhérente. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Dorm...., Victorine, âgée de 39 ans, entre à la Clinique Baudelocque, service de M. le Professeur Pinard, le 16 juin 1891.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, normalement. Quatre grossesses normales, la dernière le 16 novembre 1890.

La malade n'a été alitée à la suite de ses couches que six semaines, après sa 4me couche, le 16 novembre 1890, souffrant de douleurs dans le bas-ventre, sans vomissements et avec quelques légers frissons. Au bout de six semaines elle se trouve bien jusqu'au mois de janvier 1891, époque à laquelle elle perd en blanc abondamment, éprouve des douleurs dans le ventre, devient faible et est obligée de garder le lit. Depuis cette époque elle ne se lève que quelques heures pendant la journée et a dû renoncer à s'occuper de ses affaires ordinaires.

Néanmoins elle continue à être bien réglée en général, pendant 5 ou 6 jours chaque mois. Cependant, depuis le 16 novembre 1890, la durée de ses règles se prolonge pendant 8 jours et abondamment.

Elle entre à la Clinique Baudelocque le 16 juin 1891.

Examen. — L'utérus est en rétroflexion adhérente. A gauche les annexes forment une masse du volume du poing, très douloureuse et très adhérente, à droite le volume est un peu moindre, mais la sensibilité est plus vive encore.

Le soir : léger mouvement fébrile (38°,38°,2).

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Du 16 juin 1891 au 9 septembre 1891, la malade est soignée à la clinique par le repos, les injections chaudes, les révulsifs, sans grande amélioration. On décide une intervention.

Le 9 septembre 1891, la malade est endormie et examinée sous chloroforme par le professeur Treub, de Leyden, qui pose l'indication suivante :

Ablation certaine des annexes gauches, très probable des annexes droites et hystéropexie.

Hystérectomie vaginale, le 9 septembre 1891. — M. Segond, en présence des doutes soulevés par M. le Professeur Treub, commence l'hystérectomie par l'incision du cul-de-sac postérieur. Les annexes droites sont reconnues malades.

Morcellement en 2 étapes. — Ablation complète des annexes très adhérentes. L'ovaire droit sclérosé est coiffé par la trompe dure, bosselée, du volume de l'index.

L'ovaire gauche est scléro-kystique, la trompe gauche a le volume de deux doigts, elle est parenchymateuse, mais ne contient pas de pus.

6 pinces. Durée : 20 minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température. Pouls à 120 jusqu'à l'ablation des pinces au bout de 48 heures. Les tampons sont enlevés le 3me jour.

La malade se plaint de phénomènes de cystite subaiguë et a un écoulement fétide jusqu'au 24 septembre (15me jour), où elle expulse spontanément une éponge oubliée au fond du vagin.

L'écoulement vaginal se tarit et cesse au bout de quatre semaines. La malade part pour le Vésinet le 15 octobre, complètement guérie.

Observation 57 (Wassilieff)

Pyosalpinx à gauche.
Salpingite parenchymateuse à droite. — Petit fibrôme de la corne utérine droite. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Marie J..., âgée de 24 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond, le 4 septembre 1891.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. A 20 ans blennorrhagie, souffre dans le ventre depuis cette époque. Les douleurs, d'abord localisées à gauche, sont devenues bilatérales depuis près de 18 mois. Les règles sont profuses et durent de 6 à 8 jours, elles sont l'occasion d'une recrudescence de douleurs. Dans l'intervalle il existe une abondante leucorrhée. La malade a été soignée d'une façon régulière depuis 2 ans par les injections, les tampons vaginaux, les révulsions sur l'abdomen et cela sans la moindre amélioration.

Elle n'a jamais été enceinte.

Examen. — Utérus de volume normal en antéversion, peu mobile, à gauche les annexes ont le volume du poing, sont très adhérentes et paraissent fluctuantes. A droite elles forment une tumeur bilobée comme deux mandarines accolées l'une à l'autre. Elles sont très dures mais peu douloureuses.

Diagnostic. — Salpingite kystique (probablement purulente) à gauche. Salpingite parenchymateuse à droite.

Hystérectomie vaginale, le 1er septembre. — Morcellement en deux étapes. L'utérus enlevé, on crève avec le doigt la poche gauche qui contient un demi-verre de pus. Les annexes gauches sont complètement enlevées. Les annexes droites, extrêmement adhérentes, sont enlevées par lambeaux (lésions de la salpingite parenchymateuse hypertrophique). L'un des lobes de la tumeur droite était formé par un petit fibrôme de la corne utérine.

6 pinces. Durée : 30 minutes.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

Aucun incident à noter, la malade se lève le 20e jour et part complètement guérie le 8 octobre.

Revue en mai 1893 en excellent état local et général. Légères bouffées vicariantes tous les mois.

Observation 58 (Wassilieff)

Perforation de l'utérus au cours d'un curettage. — Opération de Péan. Guérison.

La nommée P..., Sophie, âgée de 32 ans, entrée le 10 septembre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Ordinairement bien réglée depuis l'âge de seize ans, pas d'enfant ni de fausse-couche.

Il y a environ un an elle a commencé à avoir des pertes blanches dans l'intervalle des règles, avec pesanteur dans le bas-ventre. A subi des traitements médicaux multiples, sans résultat. Son état s'aggravant, elle s'adressa à un médecin qui la traita par l'électrolyse, mais sans aucun résultat. Les règles devinrent plus abondantes et douloureuses; les pertes blanches augmentèrent, l'appétit et les forces diminuèrent. C'est alors qu'elle entra à la Maison municipale de Santé.

Examen. — Au palper, le ventre est souple, légèrement douloureux à la pression sur la ligne médiane, mais non sur les côtés. On ne sent aucune tuméfaction.

Au toucher, l'utérus est en antéversion, un peu volumineux, mobile et un peu douloureux. Les culs-de-sac sont libres, souples et indolores.

Au spéculum, col plutôt petit, orifice également petit. L'hystéromètre ne pénètre pas à plus de 1 centimètre. Un stylet même ne peut franchir l'orifice interne, on ne met pas de tige de laminaire.

Curettage le 17 septembre, l'utérus étant abaissé, on commence la dilatation avec les bougies graduées. Puis on introduit la curette.

Le curettage est pratiqué complètement, y compris la cautérisation à la glycérine créosotée et c'est seulement en lavant la cavité utérine qu'on s'aperçoit que l'injection ne revient pas. Séante tenante, on pratique l'hystérectomie vaginale sans morcellement.

On place deux pinces à gauche, trois, dont une courbe, à droite; pansement ordinaire.

Durée de l'opération : onze minutes.

L'utérus enlevé présente, au niveau de son fond, juste dans le prolongement de l'axe du col, un orifice qui, dans l'intérieur de l'organe,

correspond à une cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi, en sorte que la cavité péritonéale n'était séparée de la cavité utérine que par une couche extrêmement mince. Il résulte de l'examen de la pièce que la perforation n'a été produite, ni par la dilatation, ni par la curette, mais qu'elle existait avant l'intervention et qu'on doit l'attribuer au traitement électrolytique antérieur, les ovaires sont sclérokystiques.

Suites opératoires. — La malade, un peu abattue, alla bien pendant quarante-huit heures. Le 19 septembre, ablation des pinces à onze heures et demie du matin.

A une heure et demie, écoulement sanguin assez abondant par la vulve ; la malade se trouve mal à l'aise. A deux heures, pâleur de la face, petitesse du pouls, sueurs froides, lipothymie. L'écoulement sanguin est très abondant. La malade est placée dans la position obstétricale et tamponnée à la gaze iodoformée. Champagne, glace à l'intérieur, glace sur le ventre, immobilité absolue ; deux injections d'éther, deux d'ergotine et, dans l'après-midi, cinq injections de sérum de chacune dix grammes.

L'hémorrhagie paraît être arrêtée, le pouls reste petit et précipité. Douleurs assez violentes dans le ventre, surtout à droite, où l'on sent uou tuméfaction considérable dans la fosse iliaque.

Peu à peu, dans les jours qui suivent, l'état de la malade s'améliore; cependant, les douleurs persistent dans le côté droit et prennent une acuité très grande le jour. Par le toucher vaginal, on ouvre une collection de sang noirâtre : la malade est immédiatement soulagée et depuis, son état alla chaque jour en s'améliorant. Elle sortit complètement guérie le 23 octobre 1891.

Revue en mars 1894. États général et local parfaits. Quelques légères bouffées. Guérison complète.

Observation 59 (1)

Grossesse extra-utérine de deux mois et demi. — Opération de Péan. Guérison.

Mademoiselle Leb..., âgée de 34 ans.

Antécédents. — N'a jamais été malade étant jeune; son père et sa mère sont bien portants. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans et demi, elle a eu un premier accouchement régulier à 22 ans et un second également normal l'année suivante.

En 1882, alors qu'elle était régulièrement réglée depuis sa dernière grossesse, elle remarque un retard de six semaines environ et le sang reparaît, elle perd même un caillot et n'est pas obligée de garder le lit.

(1) Cette observation est due à l'obligeance du Dr Launois.

Une quinzaine de jours après cet accident, elle est prise de fièvre, de douleurs abdominales, de vomissements abondants ; elle a une péritonite très grave qui l'oblige à garder l'immobilité absolue au lit pendant trente-cinq jours.

Depuis cette poussée péritonéale les règles s'étaient rapprochées et étaient devenues plus abondantes ; il restait aussi une constipation assez opiniâtre.

Au mois de mai 1890, je suis appelé à donner mes soins à Mlle Leb.., qui présente des symptômes d'occlusion intestinale ; il existe un ballonnement considérable de l'abdomen, des contractions continues des anses intestinales, des nausées, du hoquet et une émission de gaz très abondante par la bouche. Je pratique à cette époque le toucher et reconnais une rétroversion de l'utérus et au-dessus une masse peu volumineuse que je crois être un corps fibreux pédiculé. L'obstruction intestinale n'est pas complète et à l'aide d'une médication de quelques jours je puis obtenir l'évacuation du gros intestin. Il reste cependant pendant deux semaines un météorisme considérable et des troubles nerveux divers avec insomnie.

A la fin de Juin 1890, survient une métrorrhagie assez abondante qui vient confirmer mon diagnostic de corps fibreux, le col étant normal.

Depuis cette époque je suis appelé à plusieurs reprises à voir Mlle Leb..., qui présente des symptômes multiples de neurasthénie et qui, en particulier, se plaint d'une constipation opiniâtre, toujours plus grande au moment des époques.

Cette constipation s'accentue brusquement au moment des règles ; dans les premiers jours du mois de juillet et, le 16, je suis appelé à Chatou auprès de la malade dont l'état est assez grave. Le ventre est ballonné, il existe du hoquet, des vomissements qui, d'abord alimentaires, deviennent rapidement fécaloïdes.

Comme l'année précédente le toucher me permet de reconnaître que la cause de l'obstruction intestinale, cette fois plus complète, est tout à fait inférieure et porte sur l'ampoule rectale. Par le toucher on reconnaît en effet à trois centimètres et demi environ de l'anus une masse dure qui n'est autre que l'utérus et au-dessus de celle-ci une seconde tumeur que je considère comme le corps fibreux augmenté de volume. Malgré l'usage des lavements donnés avec une sonde en gomme de gros calibre que l'on fait glisser en arrière de la tumeur, il est impossible d'obtenir l'évacuation des matières solides et liquides contenues dans l'S iliaque ; l'obstruction n'est cependant pas absolue, car il y a émission de quelques gaz par l'anus.

L'état devenant plus grave et les vomissements fécaloïdes incessants, je prie mon maître et ami M. Segond de me donner des conseils, et le 24 juillet, après plusieurs tentatives infructueuses de lavements à l'aide de la sonde molle, Mlle Leb... est chloroformée, et la main, introduite dans l'ampoule rectale, permet de reporter en avant la tumeur et de

diminuer dans une large mesure la compression portant sur l'ampoule rectale. Cette intervention ne fut tout d'abord suivie que de l'émission de quelques gaz et de quelques matières glaireuses et ce n'est que quatre heures après que commença l'évacuation du conduit intestinal. Le soir, l'état s'était considérablement amélioré, les phénomènes graves avaient en grande partie disparu et une nouvelle intervention devenait inutile pour le moment, une abondante émission de matières solides et liquides avait eu lieu.

La convalescence fut rapide et dans la seconde quinzaine du mois d'août, la malade put reprendre une grande partie de ses occupations. Il restait toujours une constipation assez opiniâtre et une compression assez marquée de l'ampoule rectale, compression produite par l'utérus renversé et la tumeur située au-dessus de lui. Au moment des règles la gêne de l'évacuation était plus grande. Aussi fut-il décidé qu'une intervention plus radicale, dont les indications avaient été posées au moment de la crise aiguë du mois de Juillet, serait tentée lorsque la malade aurait repris ses forces.

Hystérectomie vaginale, le 27 novembre 1891. — Morcellement en deux étapes. Ouverture d'une poche remplie de caillots. Ablation d'un fœtus de deux mois et demi environ (1) et du placenta. La poche cloisonnée de tous côtés ne communique pas avec le péritoine, elle est tamponnée à la gaze iodoformée.

Six pinces. Durée : trois quarts d'heure.

Suites opératoires.— La convalescence a été rapide. Depuis, la santé générale est excellente. La malade peut marcher sans douleur et sans fatigue ; il persiste encore un peu de paresse du rectum, mais celle-ci est légère et cède à l'usage d'un lavement ou d'une prise de rhubarbe.

Revue en avril 1894. Etats général et local parfaits.

Observation 60 (Personnelle)

Périmétro-salpingite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan incomplète. — Guérison.

Marguerite Pit..., âgée de 37 ans, entre à la Maternité Baudelocque, service du professeur Pinard, le 4 septembre 1891.

(1) L'examen du fœtus, trouvé dans la poche, ne permet pas de déterminer d'une façon précise son âge ; il présente en effet des dimensions d'un fœtus de deux à trois mois, mais l'examen plus détaillé permet de reconnaître un développement plus avancé de certaines portions, en particulier de la face et des organes génitaux. Il est probable qu'il y a une anomalie de développement en rapport avec la grossesse extra-utérine (Launois).

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'une façon normale. Une seule grossesse en 1873, sans incident. Début brusque des accidents il y a trois mois (février) entre deux époques menstruelles par de violentes douleurs dans le bas-ventre, presque syncopales, avec frisson, ballonnement. Cet état dure trois semaines, puis tout s'amende. A la fin de juin, nouvelle poussée. Depuis cette époque la malade est couchée. Les douleurs bilatérales sont surtout vives à droite. La malade a de la fièvre, des vomissements fréquents. Inappétence absolue.

Examen. — Utérus fixé au fond du vagin par deux collections droite et gauche nettement fluctuantes.

Diagnostic. — Périmétro-salpingite. Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 23 septembre 1891.—Morcellement très laborieux, étapes irrégulières. Ouverture par les écarteurs de quatre collections purulentes fétides : une dans le cul-de-sac de Douglas ; une énorme dans la trompe droite, une moins grosse dans les annexes gauches ; une au-dessus de la corne utérine gauche.

Impossibilité d'enlever le fond de l'utérus. Opération extra-péritonéale.

Durée : une heure trois quarts. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température. Pouls entre 120 et 140 jusqu'au quatrième jour.

Ablation des pinces et des tampons au bout de quarante-huit heures.

La malade se lève le vingt-unième jour. L'écoulement purulent persiste encore au moment où elle quitte Baudelocque à la fin d'octobre.

Revue en février 1892. Etats local et général parfaits. La malade n'a pas eu ses règles. Vient de subir (3 mai 1894) une laparotomie pour hématosalpinx droit. Guérison incomplète.

Observation 61 (Wassilieff)

Pyosalpinx tuberculeux double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée B...., Eugénie, âgée de 28 ans, entre le 13 septembre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à l'âge de 16 ans et régulièrement, n'ayant jamais eu ni enfants ni fausses couches, la malade a commencé à souffrir dans le ventre il y a environ quinze mois. Les douleurs, d'abord sourdes, donnant plutôt la sensation de pesanteur, augmentèrent peu à peu et devinrent intenses surtout à droite et depuis six mois. Vers cette époque, la menstruation devint irrégulière et dans l'intervalle des règles il y eut quelques pertes blanches. Depuis quatre mois la malade a le soir des frissons et des sueurs nocturnes. Elle ne tousse pas, mais

a un peu maigri et perdu ses forces. Il y a six semaines la malade a rendu un peu de pus par l'anus.

Examen. — Au palper on ne trouve que très-peu de tuméfaction, plutôt de la douleur de chaque côté de la ligne médiane ; mais en combinant au palper le toucher vaginal on constate ce qui suit :

L'utérus est en antéversion et mobile, ces mouvements provoquent de la douleur. Les culs-de-sac sont très-légèrement effacés et douloureux et l'on sent, de chaque côté de l'utérus, deux cordons transversaux du volume du petit doigt.

Diagnostic. — Annexite bilatérale, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale le 24 septembre 1891. — Opération facile, utérus très abaissable (six centim.) Morcellement en trois étapes. Les deux annexes sont très-facilement attirées et énucléées, car il n'y a pas d'adhérences. Il s'est écoulé très-peu de pus. Les trompes ont le volume du pouce, elles sont remplies de pus caséeux dans lequel l'examen bactériologique a démontré la présence du bacille de Koch.

Durée de l'opération : Vingt minutes. Cinq pinces à demeure.

Suites opératoires. — Très-simples pendant les cinq ou six premiers jours. Ablation des pinces sans incident le deuxième jour. Il passe des matières fécales dans le vagin.

Le huitième jour, la température monte à 39°2, la malade tousse beaucoup, est oppressée et a dans la nuit des sueurs très-abondantes.

L'examen microscopique fait penser à de la tuberculose aiguë ou généralisée. La température reste élevée pendant huit jours, on entendait dans la poitrine, des deux côtés, des râles ronflants et humides dans toute la hauteur du poumon. Le dix-huitième jour les phénomènes s'amendent, les sueurs disparaissent, l'appétit revient ainsi que les forces ; la température demeure au-dessous de 37°4 et la malade sort guérie le 22 octobre 1891, la fistule rectale s'était spontanément oblitérée. Revue en février 1894. Guérison absolue.

Observation 62 (Personnelle)

Rétroversion adhérente. — Salpingo-ovarite parenchymateuse double. Opération de Péan. — Guérison.

Madame Pe..., âgée de 26 ans, est opérée le 1er octobre 1891 chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, d'une façon régulière, elle souffre dans le ventre depuis quatre ans avec paroxysme au moment des règles, irradiations vers les lombes et les cuisses. Les règles sont

devenues très-abondantes et reviennent tous les vingt jours. Pertes blanches dans les intervalles.

Examen. — Utérus gros, en rétroversion adhérente. Les annexes forment des deux côtés une tumeur du volume d'une orange très-dure et très-adhérente,

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double. L'indication opératoire serait pour un laparotomiste, ablation bilatérale des annexes et hystéropexie.

Hystérectomie vaginale, le 1er octobre 1891. — Morcellement en 3 étapes. Adhérences considérables dans le cul-de-sac de Douglas. Ablation complète des annexes.

La trompe droite a les parois de l'épaisseur du pouce, elle est recourbée en cor de chasse sur l'ovaire kystique, elle adhère fortement à l'épiploon qu'on détache sous les yeux.

Les annexes gauches présentent les mêmes lésions. La trompe adhère à une anse d'intestin grêle et en est séparée sous les yeux avec l'ongle.

Durée : quarante-cinq minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température ni du pouls. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures et des tampons le quatrième jour.

Aucun incident pendant la convalescence. La malade se lève le vingtième jour et rentre chez elle, au bout de 25 jours, complètement guérie. Revue en avril 1892. État parfait.

Observation 63 (Personnelle)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle double. Opération de Péan. — Guérison.

Mademoiselle L..., âgée de 29 ans, est opérée le 6 octobre 1891, chez les Sœurs Augustines.

Antécédents. — Née très délicate, fréquents maux de gorge, n'a fait aucune maladie avant celle qui l'a amenée à Paris.

Mère morte de la poitrine.

Les douleurs de ventre ont commencé en 1886, alors qu'elle était dans sa famille aux environs de Reims, elle s'y est fatiguée énormément et pour la première et la seule fois, les règles ont paru deux fois dans le même mois.

Peu après, elle est revenue à Vichy pour assister à la mort de son grand-père ; à la suite de ce décès, fatigues excessives en soignant sa grand'mère.

A partir de cette époque, les douleurs n'ont fait qu'augmenter. Mademoiselle L... a dû sinon garder le lit, au moins garder un repos

prolongé, la marche étant devenue extrêmement pénible. Elle vient alors à Paris et voit M. le docteur Terrier, qui conseille l'ablation des annexes par laparotomie.

M. Segond propose l'hystérectomie vaginale qui est acceptée.

Hystérectomie vaginale le 6 octobre 1891. — Morcellement en deux étapes, ablation complète des annexes. Les ovaires sont polykystiques et les trompes présentent des lésions avancées de salpingite interstitielle. Elles sont très adhérentes aux parois pelviennes.

Durée : vingt-cinq minutes. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le quatrième jour. Convalescence sans incident.

La malade se lève le dix-huitième jour et part guérie au bout de vingt-cinq jours.

Revue plusieurs fois. En septembre 1892, fixation du rein droit. Actuellement, avril 1894, états local et général parfaits. Souffre de quelques douleurs lombaires.

Observation 64 (Personnelle)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle double. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Wuilb..., Irma, âgée de 35 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 1er octobre 1891, service du professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'une façon normale. Elle a une fausse couche de 6 mois, à 24 ans. C'est depuis cette époque qu'elle souffre dans le bas-ventre, ses règles sont irrégulières et dans l'intervalle elle a des pertes blanches abondantes. Une rétroversion réductible, diagnostiquée depuis 8 ans, a été successivement soignée par des pessaires variés, par l'électricité, par l'opération d'Alexander faite par le docteur Schwartz en 1888.

Son état s'aggravant de jour en jour, elle entre à Baudelocque.

Examen. — Utérus retombé en rétroversion. Brides dans le cul-de sac de Douglas. De chaque côté de l'utérus les annexes forment deux masses dures, bosselées, irrégulières, du volume d'une mandarine.

État général bon. Femme très bizarre, ayant eu à plusieurs reprises des accès de démence.

Diagnostic. — Rétroversion adhérente. Salpingite parenchymateuse double.

L'intervention par voie sus-pubienne serait : ablation bilatérale, hystéropexie.

Hystérectomie vaginale le 7 octobre 1891. — Morcellement en

2 étapes. Ablation complète des annexes. Les trompes de la dimension du pouce ont des parois lardacées. Les ovaires, très adhérents, sont kystiques.

Durée : 25 minutes. 3 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température.

Ablation des pinces au bout de 48 heures et des tampons le 5e jour.

La malade se lève le 21e jour et part au Vésinet, complètement guérie, au bout de six semaines.

Crise d'aliénation pour laquelle elle est internée à Sainte-Anne en septembre 1892. Actuellement (avril 1894), état mental bon. Guérison locale complète.

Observation 65 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée T..., Marie, âgée de 41 ans, entre le 29 septembre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, a eu deux enfants mais pas de fausse couche. Depuis environ deux ans, à la suite d'un arrêt de règles, elle commença à souffrir dans le ventre. A cette époque, il y eut une poussée aiguë avec frissons, fièvre, vomissements. Puis les phénomènes s'amendèrent et il ne resta plus que des douleurs sourdes mais continues dans le bassin. La marche prolongée, ainsi que la station debout, sont pénibles au bout de peu de temps.

Examen. — A son entrée, on constate, par le palper, une induration vague occupant le bassin et douloureuse à la pression.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse volumineuse, dure, qui n'est autre que le corps de l'utérus rétrofléchi et irréductible ; la masse est en effet immobile, accolée au rectum, et par le palper hypogastrique combiné on ne sent pas le fond de l'utérus. Les culs-de-sac latéraux sont effacés et occupés par un empâtement douloureux au toucher.

Il n'y a ni métrorrhagies, ni pertes blanches. La malade demande à être soulagée de ses insupportables douleurs.

Hystérectomie vaginale le 15 octobre 1891. — Le décollement des adhérences postérieures rectales est assez pénible. En avant, le décollement est beaucoup plus facile. Morcellement en trois étapes. Annexes perdues dans une masse de fausses membranes. On arrive à les décoller à droite entièrement, à gauche partiellement. Elles présentent les lésions de la salpingite parenchymateuse hypertrophique.

Durée : 25 minutes. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Extraordinairement simples. La température s'est maintenue à 37°. Ablation des pinces le 2e jour, des tampons le 3e jour, la malade urinait seule, allait à la selle et rendait des gaz.

Elle se rétablit très rapidement et sortit complètement guérie au bout d'un mois.

En mars 1894, guérison complète.

Observation 66 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Marie Jor..., âgée de 22 ans, entre le 10 octobre 1891, à l'hôpital Laënnec, service de M. le docteur Nicaise.

Antécédents. — Cette jeune femme, réglée à 13 ans, normalement, souffre depuis trois ans, à la suite d'une fausse couche, de douleurs péri-utérines, de leucorrhée abondante, déjà traitées par deux curettages (1889-1890).

Les indications opératoires étaient les suivantes : Salpingo-ovarite parenchymateuse double avec foyer de pelvi-péritonite extrêmement adhérent au rectum. Ces adhérences, d'après MM. Nicaise et Gérard Marchant, étaient telles que par la laparotomie on eut certainement déchiré le rectum. Aussi, M. Nicaise prie M. Segond de venir pratiquer une hystérectomie vaginale à cette malade.

Hystérectomie vaginale le 16 octobre 1891. — Morcellement en deux étapes. Adhérences considérables dans le cul-de-sac de Douglas. Ablation complète des annexes perdues dans les adhérences. Les deux trompes ont le volume du poing; leur paroi est lardacée, les ovaires sont scléro-kystiques.

Durée : 30 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Légère hémorrhagie dans la journée du premier jour. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 4e jour.

Aucun incident. La malade sort complètement guérie au bout de 3 semaines.

Observation 67 (Wassilieff)

Abcès pelviens fistuleux. — Opération de Péan. — Mort le 5e jour.

La nommée H..., Marie, âgée de 30 ans, entre, le 30 octobre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée depuis l'âge de 13 ans, a eu trois enfants, pas de fausse couche.

Depuis trois ans, environ un an après son dernier enfant, a commencé à souffrir dans le ventre. En même temps apparurent des pertes blanches dans l'intervalle des règles, qui étaient douloureuses.

Il y quinze mois, la malade eut dans le ventre de grandes douleurs et rendit du pus en allant à la selle ; à la suite de cette évacuation elle se trouve très-soulagée momentanément ; quelques mois après, les douleurs réapparurent aussi vives qu'auparavant et, dit la malade, s'accompagnèrent de fièvre. Bientôt se forma un abcès dans la fosse iliaque droite, abcès qui fut incisé en Algérie et qui, depuis, resta fistuleux.

A cette époque, il y eut de la fièvre, des frissons et des vomissements. L'état aigu se calma, mais les douleurs persistèrent ainsi que la fistule de l'aine.

Examen. — A son entrée on constate que le ventre n'est pas ballonné. On sent une induration occupant la fosse iliaque gauche. La tuméfaction volumineuse, immobile, est douloureuse au palper.

Au toucher, utérus situé très-haut, immobile, entouré de tous côtés par une masse dure qui n'est autre que la tuméfaction sentie par l'abdomen. Les culs-de-sac sont effacés et douloureux à la pression.

La fistule inguinale siège un peu en dehors du milieu de l'arcade crurale, elle laisse écouler un peu de sérosité purulente.

Diagnostic. — Abcès pelvien.

Hystérectomie vaginale le 17 octobre 1891. — Utérus très-haut situé et non abaissable. Une première étape de morcellement s'effectue assez facilement, on s'aperçoit que le tissu utérin se déchire et, en effet, la pince lâche. En essayant de repincer la lèvre supérieure on arrache la pince inférieure, et le moignon utérin qu'on n'avait pas pu abaisser, reste au fond du vagin. Le moignon ne peut être repincé que très difficilement. On le saisit enfin et l'on ouvre successivement une poche purulente à droite et en arrière, une seconde poche à droite et en avant. L'opération se termine à la troisième étape, en ouvrant encore deux poches situées à gauche. On enleve complètement les annexes gauches et une partie seulement des annexes droites. Puis par la fistule inguinale on fait pénétrer un drain, qui vient sortir par le vagin.

Durée de l'opération : 45 minutes. Sept pinces.

Suites opératoires. — Tout alla bien pendant 48 heures ; les pinces furent enlevées sans autre chose qu'un suintement sanguinolent. Mais dans la soirée du deuxième jour, la malade n'avait pas encore rendu de gaz ni été à la selle.

Le troisième jour, au matin, lavement sans effet, température normale 37° 2, légères douleurs dans le ventre, qui est ballonné, envies de vomir. Vers 3 heures, pas encore de gaz, ni de selle, vomissements plus

fréquents, bilieux, ventre ballonné, pouls petit, précipité. Sonde rectale sans effet. A 5 heures, vomissements incessants. Plusieurs lavements électriques, un badigeonnage au collodion restent sans effet. La température s'abaisse, la peau se couvre de sueurs froides, le pouls devient presque insensible. Mort le 21 octobre 1891, à six heures du matin.

Observation 68 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée M...., Irma, âgée de 34 ans, entre le 20 octobre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 17 ans, normalement jusqu'en 1887. A partir de cette époque, douleurs plus ou moins vives au début, quelques jours avant les époques menstruelles, cessant avec l'apparition des règles.

En 1888, à ces douleurs prémenstruelles s'ajoutèrent des pertes blanches, également prémenstruelles. Les règles, qui, autrefois, duraient 5 ou 6 jours, ne parurent plus que pendant 2, 3, 4 jours au plus. A la fin de 1888, les douleurs augmentent et durent après les époques menstruelles ; règles très abondantes, pertes blanches intercalaires, continues, mais faibles. Pesanteur dans le ventre pendant la marche, constipation habituelle. Il existait à cette époque une douleur continue, sourde, exaspérée par la pression, du côté gauche.

La malade subit, au commencement de 1889, un curettage qui amena une amélioration passagère. Les douleurs diminuèrent dans l'intervalle des règles, mais se manifestèrent toujours un peu avant l'époque.

Vers le mois de juillet 1889, il y eut une poussée aiguë dans le côté gauche du bas-ventre, avec pertes blanc roussâtre assez abondantes, en même temps il se produisit des phénomènes douloureux du côté droit.

Traitement par le repos et les injections chaudes de sublimé. Amélioration très notable, mais menstruation irrégulière durant peu.

Au commencement de 1891, nouvelle poussée aiguë, plus accusée que la première. Il y eut des douleurs de chaque côté, des frissons, de la fièvre, des vomissements, des envies fréquentes et douloureuses d'uriner.

Quinze jours après le début des accidents, il s'écoula par le vagin une certaine quantité de pus et la malade fut immédiatement soulagée. L'écoulement vaginal persista assez abondant pendant un mois environ puis diminua et se réduisit à de très faibles pertes blanches.

Depuis, les douleurs persistent et subissent une exaspération menstruelle.

Examen. — Douleur au palper dans les deux fosses iliaques, où l'on sent un empâtement de chaque côté de l'utérus.

Col dévié à droite, cul-de-sac antérieur libre, cul-de-sac postérieur légèrement diminué de profondeur, on y sent une masse douloureuse immobile, un peu à gauche de la ligne médiane, appartenant aux annexes gauches. A droite, cul-de-sac légèrement saillant, douloureux, annexes droites douloureuses, augmentées de volume. Cul-de-sac gauche très saillant, douloureux ; on sent une masse du volume du doigt, se continuant avec la masse du cul-de-sac postérieur. Corps de l'utérus dévié à gauche et en avant, peu mobile.

Diagnostic. — Salpingite bilatérale suppurée et ouverte dans le vagin.

Hystérectomie vaginale le 24 octobre 1891. — Trois étapes de morcellement: à la première, ouverture d'une collection purulente petite dans le cul-de-sac postérieur. Ablation d'une partie des annexes gauches, très adhérentes et de la totalité des annexes droites, volumineuses, adhérentes, mais non suppurées.

Durée de l'opération : 45 minutes. 6 pinces à demeure.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. La malade urine seule et va à la selle (par lavement).

Les tampons sont retirés le 4me jour.

La malade se lève le 20me jour et part complètement guérie le 19 novembre.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 69 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée L...., Francine, âgée de 39 ans, entre le 28 octobre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a eu deux enfants, pas de fausse couche. A commencé à souffrir du bas-ventre, il y a 4 ans environ. Il y eut alors de la pesanteur dans le bassin, des douleurs sur la ligne médiane, de la constipation opiniâtre et des pertes blanches intercalaires peu abondantes et irrégulières.

Les règles étaient normales jusqu'au commencement de cette année. A partir du mois de février, les douleurs deviennent plus continuelles et plus intenses, surtout aux époques menstruelles, l'écoulement périodique fut plus abondant qu'autrefois et se produisit toutes les trois semaines. Depuis deux mois, la menstruation, quoique régulière, est très abondante et s'accompagne de douleurs assez vives pour nécessiter le repos. Dans les derniers mois, il y a eu des frissons et des nausées, avec sensation de poids sur le rectum.

Examen. — Col normal très légèrement entr'ouvert ; culs-de-sac latéraux douloureux remplis par deux masses dures très adhérentes. Dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse, dure, avec une saillie surajoutée à gauche et se continuant avec le col utérin. Le fond de l'organe ne peut être senti à l'hypogastre, mais seulement par le rectum.

Le palper est un peu douloureux de chaque côté de la ligne médiane.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 4 novembre 1891. — Adhérences très fortes dans le cul-de-sac postérieur. Morcellement en deux étapes. Fibrôme du volume d'une grosse noisette à la corne gauche. Annexes adhérentes, ablation partielle. Elles présentent des lésions de salpingite hypertrophique parenchymateuse. Les ovaires sont bourrés de kystes.

Durée de l'opération : 25 minutes. 5 pinces dont deux courbes.

Suites opératoires. — Des plus simples, comme à l'ordinaire. La malade sort le 7 décembre, ne souffrant plus du tout.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 70 (Wassilieff)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée D..., Angèle, âgée de 40 ans, entre le 14 novembre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, pendant six mois, puis interruption jusqu'à l'âge de 18 ans. A eu deux enfants et une fausse couche il y a cinq ans. Souffre depuis six ans et demi, mais surtout depuis quatre ans. Douleurs prémenstruelles d'abord, avec pertes blanches, puis douleurs continues, avec frissons et nausées aux époques. Depuis un an, les douleurs, localisées d'abord au côté gauche du bas-ventre, se manifestent également à droite, intermittentes au début, actuellement continuelles et exaspérées par les règles.

Pesanteur dans le bas-ventre et gêne considérable pendant la marche. Cette femme, autrefois bien portante et encore grasse, a perdu peu à peu l'appétit et les forces depuis trois mois. Depuis cette époque également elle a des frissons le soir, la miction est fréquente, douloureuse. Constipation opiniâtre. Selles parfois douloureuses.

Examen. — Col normal. L'utérus est immobilisé en rétroversion. Les culs-de-sac latéraux sont remplis par deux tumeurs, dures, bosselées, très douloureuses, ayant le volume d'une très grosse orange.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 21 novembre 1891. — Utérus très-peu

abaissable pendant la première étape du morcellement. Ouverture d'une première poche purulente à droite, d'une deuxième poche purulente petite à gauche. Annexes droites perdues dans une masse d'adhérences.

Durée de l'opération : vingt minutes. Trois pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction de la température ni du pouls. Les pinces sont retirées au bout de quarante-huit heures. La malade urine seule et va à la selle. Les tampons sont retirés le quatrième jour.

La malade se lève le quinzième jour et quitte l'hôpital complètement guérie au bout de vingt-cinq jours.

Revue en février 1894. Etats local et général parfaits.

Observation 71 (Personnelle)

Hystérectomie complémentaire chez une malade laparotomisée pour une double lésion des annexes et à laquelle on avait laissé l'ovaire droit devenu suppuré et très adhérent. — Guérison.

M[me] Dr..., âgée de 34 ans, réglée à 14 ans, s'est mariée à 19 ans, est devenue immédiatement enceinte et a fait une fausse couche de 3 mois. En 1878, elle fait une deuxième fausse couche de 3 mois. Le professeur Richet la traite en 1880 pour une endométrite (cautérisations du col, tampons). En 1883, troisième fausse couche de 3 mois, puis poussées successives de salpingite jusqu'en 1888, où le D[r] Terrillon fait une laparotomie, enlève la totalité des annexes gauches et la trompe droite, mais laisse l'ovaire droit très adhérent. La malade fut soulagée pendant 2 ans, puis recommença à souffrir violemment dans le côté droit.

Au mois de janvier 1891, elle a rendu spontanément une assez grande quantité de pus par le vagin. Une amélioration de trois mois a suivi cette évacuation ; puis les douleurs ont reparu très violentes au niveau de l'ovaire droit dont le volume a celui d'une mandarine et qui est extrêmement douloureux.

A cause des douleurs qui obligent la malade à rester presque constamment couchée, il y avait indication, soit d'enlever l'ovaire droit par une deuxième laparotomie, soit de pratiquer l'hystérectomie.

Hystérectomie vaginale, le 23 novembre 1891. — Morcellement en deux étapes. La décortication complète des annexes droites est impossible, tant elles sont adhérentes, on les résèque en partie. La poche, du volume du poing, formée aux dépens de l'ovaire, est remplie de pus fétide.

Durée : trois quarts d'heure. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Température normale, sauf 38° le soir du deuxième et du troisième jours. Pouls à 120 le premier et le deuxième jours.

Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le quatrième jour.

Aucun incident de convalescence.

La malade se lève au bout de 20 jours et part complètement guérie le trentième jour.

Revue en mai 1894. État nerveux très amélioré. État local parfait. Guérison absolue.

Observation 72 (Wassilieff)

Hystérectomie complémentaire pour fistule purulente après laparotomie. Guérison.

La nommée F..., Eugénie, âgée de 31 ans, entrée le 22 novembre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, a eu un enfant, il y a huit ans. Depuis cette époque, a souffert du côté droit du ventre, à chaque époque menstruelle d'abord, puis d'une façon continue. Il y a deux ans, les douleurs apparurent également à gauche. Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Pesanteur continuelle dans le bas-ventre; de temps en temps, douleurs en urinant.

Il y a dix-huit mois, les phénomènes devinrent très intenses, douleurs violentes, miction très fréquente et douloureuse, frissons, nausées. La malade entra à l'hôpital Saint-Louis, où M. Tuffier fit, par laparotomie, l'ablation des annexes droites, dit la malade.

Environ quinze jours après la laparotomie, il se forma, à l'extrémité inférieure de la cicatrice, un petit abcès qui resta fistuleux. La fistule fut dilatée, curée, cautérisée sans succès. La malade quitta Saint-Louis avec sa fistule.

Depuis six mois, douleurs dans le bas-ventre, à droite et à gauche, mictions fréquentes et douloureuses, perte de l'appétit et des forces, suppuration assez abondante par la fistule. Pas de règles depuis trois mois.

Examen. — Fistule profonde de cinq centimètres se dirigeant en bas, en arrière et à gauche.

Palpation douloureuse à gauche et à droite, où l'on sent un empâtement diffus. Au toucher, cul-de-sac antérieur un peu douloureux, cul-de-sac gauche, peu saillant, également douloureux, culs-de-sac droit et postérieur remplis par une masse arrondie, très douloureuse, qu'on n'arrive pas à limiter par le palper à sa partie supérieure. Utérus dévié à droite, immobile.

Diagnostic. — Suppuration pelvienne probable.

Hystérectomie vaginale, le 23 novembre 1891. — Morcellement facile, ouverture d'une petite poche purulente à gauche. Annexes absentes

de ce côté. Annexes droites assez adhérentes, avec dilatation considérable de la trompe, d'ailleurs friable. Ablation complète. Huit pinces. Durée : 40 minutes.

Suites opératoires. — Simples, mais les douleurs de la miction surtout, dit la malade, persistent.

La malade a subi depuis trois laparotomies pour adhérences. Actuellement, septembre 1893, elle va très bien.

Observation 73 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée B..., Marguerite, âgée de 30 ans, entre le 21 octobre 1891, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à seize ans et demi, ayant eu deux enfants. Souffre depuis trois ans dans le bas-ventre, à chaque époque menstruelle. Depuis un an environ, les règles s'accompagnent de violentes douleurs, de nausées, de vomissements même et de frissons ; elles ont cessé pendant deux mois et actuellement sont revenues avec les symptômes de pelvipéritonite.

A son entrée le ventre est ballonné, extrêmement douloureux, le facies est grippé, il y a des vomissements, des frissons, le pouls est petit, très-rapide, la température élevée (39°5). Le toucher vaginal est très douloureux. Léger écoulement sanguinolent.

Injections chaudes, piqûre de morphine, sérum artificiel. La malade a été antérieurement traitée par les pointes de feu et les vésicatoires.

On attend que la période aiguë soit passée.

Examen. — Trois semaines après l'entrée. Palpation possible, mais douloureuse, empâtement diffus au-dessus du pubis, paroi abdominale infiltrée.

Au toucher, utérus très-haut, immobile, culs-de-sac latéraux effacés et douloureux. Cul-de-sac postérieur très-douloureux et empâté.

Diagnostic. — Salpingite double probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale, le 5 décembre 1891. — Morcellement régulier en trois étapes, pas de poches purulentes, adhérences solides en arrière. Annexes mastiquées dans le bassin, ablation incomplète. Les lambeaux de trompes enlevés sont hypertrophiés. La paroi tubaire a le volume du petit doigt.

Durée de l'opération : 30 minutes. Six pinces dont deux courbes.

Suites opératoires. — Ablation des pinces le 7 décembre. Hémorrhagie après la dernière pince. Syncope. Tamponnement iodoformé. Injection d'éther, deux injections d'ergotine, glace intus et extra, champagne, quatre-vingts grammes de sérum dans la journée. Le pouls est petit, très-fréquent (140) ; la malade est très pâle ; température, 36°5.

Le soir l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, la température est de 37°, le pouls est toujours fréquent.

La gaze reste en place huit jours. On l'enlève au bout de ce temps et dès lors la guérison s'effectue rapidement ; la malade sort, en effet, le 31 décembre 1891, 25 jours après l'opération.

A été saignée en janvier 1893 pour des bouffées gênantes. Actuellement (mars 1894), guérison absolue.

Observation 74 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Marie Moult..., âgée de 36 ans, sage-femme, entre à la Clinique Baudelocque, service du professeur Pinard, le 10 décembre 1891.

Antécédents. — Réglée à 13 ans 1/2 d'une façon normale, elle a eu trois grossesses régulières dont la dernière il y a quinze ans.

Il y a douze ans, elle a souffert d'une pelvi-péritonite (ballonnements, douleurs, fièvre), pendant quatre mois.

Seconde pelvi-péritonite il y a cinq ans, qui l'a forcée à garder le lit pendant six semaines.

Troisième pelvi-péritonite il y a deux ans, la malade est alitée pendant quatre mois.

Quatrième pelvi-péritonite il y a huit mois, la malade est alitée pendant trois mois.

Depuis lors, elle souffre toujours à gauche, surtout quand elle marche ou quand elle est fatiguée. Pendant ses règles elle souffre non seulement du côté gauche, mais encore du côté droit.

Depuis dix ans jusqu'à il y a dix-huit mois, M. Pinard lui a enlevé quatre petits polypes sur la lèvre postérieure du col utérin.

Après les poussées aiguës de pelvi-péritonite, M. Pinard a constaté plusieurs fois l'évacuation d'une collection purulente dans le rectum, le vagin et la vessie.

Examen. — Utérus en rétroversion adhérente. A droite, les annexes ont le volume d'une mandarine et sont très douloureuses ; à gauche, elles ont le volume d'un œuf de poule. Elles semblent kystiques des deux côtés.

Diagnostic. — Rétroversion adhérente. Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 16 décembre 1891. — Morcellement en trois étapes. Les deux trompes, du volume du pouce, remplies de pus, entourent les ovaires kystiques. Elles sont enlevées en totalité.

Durée : trente minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le quatrième jour.

La malade se lève le vingtième jour et quitte Baudelocque complètement guérie au bout de six semaines.

Revue en mars 1894. Etats général et local parfaits. Se plaint de temps à autre des crises de cystalgie. Toujours nerveuse, mais guérison complète.

Observation 75 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Quin..., Cécile, âgée de 26 ans, entrée le 29 décembre 1891 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée jusqu'à l'âge de 22 ans, mais présentant de temps à autre des douleurs abdominales aux époques menstruelles.

Il y a 4 ans, à la suite de son accouchemont, a souffert violemment dans le bas-ventre et a eu des frissons et quelques envies de vomir.

Au bout de six semaines les phénomènes aigus s'étaient calmés, mais la malade continua à souffrir sourdement de chaque côté du bas-ventre. Au moment des règles et quelques jours avant les douleurs devenaient très vives, il y avait des pertes blanches, des frissons, rarement des nausées ou des vomissements. Les douleurs étaient surtout prononcées à gauche, quoique existant des deux côtés. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Il y a un an a subi le curettage avec amélioration passagère. Peu à peu les douleurs se reproduisirent et devinrent aussi intenses qu'auparavant.

Examen. — Le ventre, non ballonné, est sensible à la pression au niveau des fosses iliaques, surtout à gauche ; on ne sent pas de tuméfaction.

Le col est normal, légèrement dévié à gauche, un peu haut situé.

L'utérus, un peu plus gros qu'à l'état normal, est peu mobile, les mouvements provoquent de la douleur. Cul-de-sac latéral droit effacé, contenant une tuméfaction douloureuse. Cul-de-sac gauche également effacé et très douloureux. On y sent une masse du volume du doigt, immobile, douloureuse et se continuant avec une autre masse située dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 7 janvier 1892. — Trois étapes de morcellement assez faciles; adhérences solides dans le cul-de-sac postérieur. Annexes perdues au milieu d'adhérences qu'on parvient néanmoins à détacher. Ovaires petits sclérosés.

Trompes du volume du pouce à parois très épaissies. Ablation totale. Durée de l'opération : 30 minutes. 5 pinces, 4 droites et une courbe.

Suites opératoires. — Sans réaction, sans accidents. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. Les tampons le 4ᵉ jour. La malade va à la selle et urine seule.

Elle sort le 25 janvier 1892, 18 jours après son opération, conservant néanmoins encore un léger écoulement qui est tari complètement le 7 février 1893.

En novembre 1893, guérison absolue.

Observation 76 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Ovaires scléro-kystiques. Opération de Péan. — Guérison.

Mᵐᵉ Lam...., âgée de 35 ans, entre le 8 janvier 1892, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, a eu deux enfants à vingt-deux ans et demi et à vingt-quatre ans. A vingt-cinq ans, elle contracte la syphilis, pour laquelle elle suit un traitement rigoureux. A vingt-huit ans, fausse couche de sept mois ; à vingt-neuf ans, deuxième fausse couche de trois mois.

Elle souffre dans le ventre depuis ce dernier avortement. Les douleurs sont bilatérales, très violentes au moment des règles. La leucorrhée est abondante et fréquemment la malade a des métrorrhagies. Depuis six ans, elle est condamnée à s'aliter fréquemment, à éviter la moindre fatigue. En somme, elle est dans une impotence presque totale. Elle est devenue nerveuse, dyspeptique.

A plusieurs reprises, elle a été traitée médicalement : tampons glycérinés, injections, révulsifs.

Examen. — Utérus gros, neuf centim. ; en rétroversion adhérente. Des deux côtés, tumeur annexielle du volume d'une mandarine, adhérente, dure, très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 16 janvier 1892. — Morcellement en trois étapes. Ablation complète des annexes très adhérentes. Les deux trompes tortueuses ont le volume du pouce et entourent comme un croissant les ovaires bourrés de kystes et triplés de volume.

Durée : cinquante minutes. Huit pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température.

Ablation des pinces au bout de 48 heures ; des tampons le quatrième jour.

Aucun incident. La malade se lève le vingtième jour et part le 15 février, guérie.

Revue la dernière fois en novembre 1893. Etat local parfait, quelques bouffées au moment des règles. Toujours nerveuse. Enchantée de son état.

Observation 77 (Wassilieff)

Périmétro-salngite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.
Morte de tuberculose pulmonaire au bout de sept mois.

La nommée B..., âgée de 29 ans, entre le 11 janvier 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée jusqu'à 22 ans et généralement bien portante, sauf, dit-elle, des bronchites tous les hivers; cette malade, habitant la campagne, accoucha il y a deux ans. Elle conserva depuis des pertes blanches assez abondantes et des douleurs sourdes dans le bas-ventre. Les règles devinrent irrégulières et peu à peu les douleurs devinrent si intenses qu'elle vint à Paris pour se faire opérer.

Examen. — Cette femme maigre, d'aspect plus vieux que son âge, souffrant continuellement depuis six mois et présentant des craquements au sommet du poumon gauche, souffre à la palpation de chaque côté de la ligne médiane, au point que l'exploration est assez difficile. Au toucher, col déchiré à gauche, petit : cul-de-sac postérieur et latéral gauche, très-douloureux et rempli par une tuméfaction volumineuse peu nettement délimitable ; cul-de-sac droit et un peu en avant du col, effacé, douloureux, contenant également une tuméfaction diffuse. Utérus très-haut, immobile ; son fond n'est pas très-nettement sensible à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Frissons le soir, nausées, perte de l'appétit et des forces. Température vespérale toujours élevée (entre 38° et 39°6). Douleurs violentes.

Sous le chloroforme, masse du volume du poing, en avant et à droite de l'utérus, tuméfaction diffuse à gauche.

Hystérectomie vaginale, le 18 janvier 1892. — Utérus non abaissable, adhérences postérieures étendues.

A la deuxième étape de morcellement, ouverture d'une grande collection purulente, en arrière et à gauche. Grand lavage au sublimé A la troisième étape, ouverture d'une deuxième collection purulente, en avant et à droite ; après ablation du fond de l'utérus, ouverture d'une troisième poche à droite. Ablation des annexes, sans qu'on puisse reconnaître les ovaires. L'intestin ne fut pas aperçu.

(L'examen bactériologique a montré qu'il s'agissait de tuberculose).

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Sept pinces dont quatre à gauche et trois à droite, deux courbes.

Suites opératoires. — Les jours suivants, douleurs assez intenses, avec vomissements, surtout le troisième jour après l'ablation des pinces. Température élevée (39°5). Les injections sont très-douloureuses et provoquent des nausées. Huit jours après l'opération on s'aperçoit que des matières liquides (la malade ayant été légèrement purgée) passent par le vagin. Lavages fréquents au sublimé. La malade ne paraît pas se relever beaucoup ; les douleurs persistent ainsi que la fièvre ; la malade tousse beaucoup et a de la peine à respirer : râles des deux côtés de la poitrine, sueurs nocturnes, pas d'appétit, amaigrissement plus prononcé qu'au moment de l'entrée ; des eschares commencent à se former au niveau du sacrum.

Morte de tuberculose pulmonaire au mois d'avril 1892. La fistule stercorale n'était pas fermée.

Observation 78 (Wassilieff)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée B..., âgée de 39 ans, entre le 12 janvier 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Entrée une première fois en juillet dernier pour des douleurs pelviennes et des pertes blanches. Cette malade a subi, à cette époque, un curettage qui procura une amélioration d'environ trois mois. Puis les douleurs réapparurent, non-seulement du côté droit, mais aussi du côté gauche. Ces douleurs, précédant les règles de huit jours, étaient et sont encore très violentes ; elles s'accompagnent d'un écoulement rougeâtre assez abondant, immédiatement avant les règles, et de pertes blanches dans l'intervalle. Nausées, frissons aux époques menstruelles. Pesanteur dans le bas-ventre. constipation opiniâtre, ballonnement habituel du ventre, perte de l'appétit et des forces.

Depuis un mois, douleurs intermittentes dans les reins, pertes plus abondantes, douleurs violentes de chaque côté de l'hypogastre.

Examen. — Utérus en antéversion, col dévié à gauche, peu volumineux. Culs-de-sac latéraux effacés, douloureux et par lesquels on sent une tuméfaction de chaque côté de l'utérus, tuméfaction du volume du doigt à gauche, plus volumineuse à droite et se continuant de ce côté avec une tumeur située dans le cul-de-sac postérieur. Utérus assez mobile, mais les mouvements provoqués sont douloureux.

Hystérectomie vaginale, le 21 janvier 1892. — Morcellement facile en trois étapes. Annexes adhérentes, surtout à droite, mais énucléables.

Ablation totale. Les trompes présentent les lésions typiques de la salpingite hypertrophique parenchymateuse. Les ovaires sont bourrés de petits kystes.

Durée de l'opération : 35 minutes. Six pinces, dont deux courbes.

Suites opératoires. — Très simples, sans aucune réaction. Le neuvième jour, tout allait bien ; l'appétit était revenu.

Revue en juillet 1893. États général et local parfaits. Légère induration de la cicatrice vaginale, à droite. Guérison complète.

Observation 79 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. Guérison opératoire. — Morte de diphthérie.

La nommée L..., âgée de 32 ans, entre le 26 janvier 1892 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Cette malade vient du service de M. le docteur Lécorché, où elle était entrée pour des douleurs abdominales et des pertes blanches. Elle souffre depuis trois ans dans le bas-ventre principalement à droite. En 1891 elle a été curettée dans le service de, M. Pozzi.

La marche est devenue très pénible. Constipation opiniâtre. Perte de l'appétit et des forces. Amaigrissement assez marqué. Règles douloureuses.

Examen. — Le palper hypogastrique est douloureux de chaque côté du bas-ventre ; au toucher, utérus augmenté de volume, mobile : culs-de-sacs latéraux effacés, douloureux ; on y sent une masse du volume du poing, un peu plus petite à gauche, immobile : dans le cul-de-sac postérieur empâtement diffus, mais pas de tumeur nettement délimitable.

Frissons le soir, très fréquemment, mais surtout douleurs intenses.

Hystérectomie vaginale, le 30 janvier 1892. — Utérus assez facilement abaissable. Morcellement en trois étapes. Annexes droites volumineuses, très adhérentes, ablation partielle. Annexes gauches énucléables, ablation totale.

Sept pinces dont deux courbes. Durée de l'opération : quarante minutes.

La trompe droite a le volume du pouce. Ses parois sont épaissies, lardacées, elle contient dans sa cavité d'abondantes fongosités, mais pas de liquide. La trompe gauche présente les mêmes lésions, mais à un moindre degré.

Suites opératoires. — Elles furent des plus simples. Aucune réaction de la température ni du pouls. Les pinces sont enlevées au bout de quarante huit heures. Les tampons le quatrième jour. La malade va à la selle et urine seule.

Le dixième jour, elle se plaint de mal de gorge. On constate des fausses membranes sur l'amygdale droite. Rapidement ces fausses membranes gagnent le voile du palais, les ganglions s'engorgent. Et en trois jours la malade meurt de diphthérie hypertoxique.

Observation 80 (1)

Double pyosalpinx inopérable par laparotomie en 1888, actuellement fistuleux dans la vessie et le rectum. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée B..., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital Cochin le 26 janvier 1892, service de M. le docteur Schwartz.

Antécédents. — A été opérée au mois d'août 1888 pour double salpingite. On fit la laparotomie, mais il fut impossible d'enlever quoique ce soit : fusion de la trompe et de l'ovaire droit avec des anses intestinales et l'épiploon.

On referma le ventre après avoir déchiré des adhérences à la paroi et au bassin. La malade fut soulagée pendant deux ans et demi ; depuis six mois elle est reprise d'accidents douloureux. Un abcès s'ouvre dans l'intestin et la vessie. Elle rend des gaz par la vessie, même des matières quand elle a la diarrhée. Cystite purulente intense.

Examen. — On constate une éventration de la cicatrice, qui ne s'est produite que dans les derniers mois.

Utérus fixé dans le bassin ; impossible de l'abaisser.

Tumeurs dans les culs-de-sac à droite et à gauche surtout, douloureuses.

Etat général mauvais : vomissements, amaigrissement. Etat cachectique.

Hystérectomie vaginale, le 2 février 1892. — Morcellement. Collections ouvertes avec des coups de ciseaux, pus infect. 8 pinces. Durée : 2 heures.

Suites opératoires. — Choc traumatique. Temp., 34°5. Glace sur le ventre le soir. Caféine, éther, champagne.

Pas de température les jours suivants. Perte de moins en moins de matières par la vessie. Lavages boriqués. Plus de gaz. Etat général se remonte.

(1) Cette observation a été rédigée par M. le docteur Schwartz, dans le service duquel la malade fut hystérectomisée par M. le docteur Segond.

Le 17 février. Hors de cause et ne souffre plus. La fistule vésicale est fermée.

Elle quitte l'hôpital le 20 mars 1892, ne souffrant plus, perdant encore quelques gouttes de pus par le vagin.

Complètement cicatrisée en mai 1892. Etat parfait.

Observation 81 (Personnelle)

Salpingite double. — Curettage. — Hématocèle suppurée consécutive. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée D..., âgée de 26 ans, entre le 4 février 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Héréditaires et personnels, excellents. A été réglée à 16 ans d'une façon régulière et normale.

A 17 ans 1/2 elle fait une fausse couche de 7 mois suivie d'une pelvi-péritonite qui la tient 4 mois au lit. Elle guérit complètement et pendant 3 ans la guérison persiste.

A l'âge de 21 ans, nouvelle poussée aiguë qui dure 2 mois ; depuis lors, la malade souffre constamment dans la région des annexes, surtout à droite. Les douleurs, ordinairement sourdes et supportables, s'exaspèrent au moment des règles et chaque fois que la malade fait un excès de coït, elle est obligée de s'aliter quinze jours ou trois semaines.

Les règles cependant restent régulières et normales. Jamais de métrorrhagie, seulement une leucorrhée surtout intense au déclin des règles.

La malade entre à Dubois le 4 février 1892.

Examen. — Utérus en antéversion = 8 centim. 1/2. Col sain. Ecoulement muco-purulent abondant.

A gauche : trompe dure, du volume du petit doigt, peu douloureuse ; ovaire adhérent aux parois pelviennes.

A droite : salpingo-ovarite du volume d'un œuf de poule, dure, bosselée, très adhérente.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite parenchymateuse (ancien pyosalpinx) à droite. Salpingite catarrhale gauche.

Curettage de l'utérus le 6 février. Fongosités abondantes.

Suites opératoires. — La malade se lève le 2e jour de son curettage. Le soir la température atteint 38° 8, le ventre est douloureux, ballonné. Quelques vomissements muqueux. Le pansement intra-utérin est enlevé et l'on installe des injections antiseptiques et de la glace sur l'abdomen.

Les culs-de-sac sont douloureux, l'utérus est immobilisé mais on ne perçoit point de tumeur autre que celles relevées par l'examen antérieur. Une rémission se produit le 7e jour et dure jusqu'au 10e. Malgré les défenses les plus expresses, la malade se lève : presque aussitôt elle est prise d'une douleur abdominale violente presque syncopale, avec vomissements abondants ; la température s'élève à 38°.

Repos absolu, glace, morphine.

Le 14e jour, un examen peut faire reconnaître une énorme tumeur fluctuante qui remplit le cul-de-sac de Douglas et remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, accolant l'utérus contre la symphyse.

Diagnostic. — Hématocèle suppurée.

Le lendemain, 21 février, la malade est anesthésiée et l'on pratique l'incision large du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule deux litres environ de sang noirâtre mélangé de pus.

M. Segond fait alors l'examen des annexes et, reconnaissant qu'ils sont malades des deux côtés, pratique l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale est faite en trois étapes.

Le cul-de-sac antérieur ouvert donne accès dans deux poches contenant chacune un verre de pus épais.

Les annexes sont laissées en place, la cavité péritonéale n'est pas ouverte. Durée : 35 minutes. Six pinces, trois de chaque côté.

Suites opératoires. — Nulles. La malade ne souffre pas de ses pinces qui sont enlevées, comme d'habitude, après 48 heures.

Depuis ce jour la température retombe à 37° et s'y maintient.

La malade quitte l'hôpital le 19 mars; il persiste un peu d'écoulement vaginal dû au sphacèle de la trompe et de l'ovaire gauche qui, prolabés entre les lèvres de l'incision vaginale, se sont mortifiés.

Revue en mars 1894. Etats général et local merveilleux.

Observation 82 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée L..., âgée de 30 ans, entre le 24 février 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Héréditaires : bons. Personnels : bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde dans l'enfance (8 ans 1/2). La malade, depuis lors, est presque totalement sourde.

Réglée à 14 ans, toujours normalement. Une grossesse terminée normalement le 1er août 1882.

Le 15 août 1883 la malade fait une chute dans un escalier, qui détermine une métrorrhagie assez abondante. Après quinze jours de repos la guérison est complète.

C'est vers les premiers jours de mars 1885 que la malade éprouva les premiers symptômes douloureux du côté de l'utérus ; une leucorrhée abondante survint bientôt. Elle n'a cessé dès lors d'être soignée sous l'étiquette : Métrite chronique. Il semble cependant qu'à plusieurs reprises, depuis 1889, il se soit fait des poussées aiguës vers les annexes, en particulier celles de droite, des traces de vésicatoires, de pointes de feu en sont les témoins.

Quoiqu'il en soit, il y a 5 mois, la malade vit apparaître un écoulement abondant de couleur rosée, d'odeur fade, presque fétide. Bientôt s'ajoutèrent des métrorrhagies survenant presque tous les quinze jours et d'une abondance extrême.

Le 8 février dernier, elle est prise de douleurs expulsives (comme pour accoucher, dit-elle) très violentes. Le 10, les douleurs semblent se calmer mais la fièvre apparaît, puis des vomissements, du météorisme, une constipation presque opiniâtre. Tous ces phénomènes s'aggravent et la malade, sur les conseils de son médecin, le docteur Fauquez, entre à Dubois le 24 février.

Examen. — Entre les lèvres du col dilaté on sent un polype de la grosseur d'un œuf de poule faisant saillie dans le vagin. Il est sphacélé.

En arrière de l'utérus antéversé on sent une tumeur rénitente faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur et dans la fosse iliaque droite, à deux travers de doigt au-dessus du pubis. A gauche, on limite difficilement une tumeur du volume du poing.

Le 27 mars, M. Segond pratique l'ablation du polype et draine la cavité utérine après l'avoir lavée avec plusieurs litres de sublimé au 2/1000e.

Cette intervention n'ayant amené aucune détente (Température vespérale, 39°. Pouls, 120 Vomissements, météorisme), M. Segond intervient de nouveau.

Hystérectomie vaginale le 5 mars 1892.—La malade, étant endormie, on constate la présence de deux tumeurs fluctuantes séparées de l'utérus : l'une à droite, du volume d'une tête d'adulte, remontant à quatre travers de doigt du pubis, l'autre à gauche, de la grosseur du poing.

Le *diagnostic* posé est pyosalpinx double.

M. Segond se dirige d'abord sur la tumeur droite qui bombe dans le cul-de-sac postérieur. Il l'effondre, et il s'en écoule un flot de pus fétide.

L'utérus est morcelé en trois étapes. Au cours du morcellement une deuxième poche suppurée est effondrée, ainsi que plusieurs kystes séreux. Le pyosalpinx gauche est crevé au moment de l'ablation du fond de l'utérus.

Six pinces : Quatre à droite, dont une courbe ; deux à gauche.

Durée de l'opération : 30 minutes.

On constate que le péritoine n'a pas été ouvert et que l'utérus a été énucléé du milieu de poches purulentes qui, toutes, sont ouvertes.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 36°8. Le lendemain et les six premiers jours, elle atteignit 38°, puis retomba à 37°, où elle s'est maintenue.

Les pinces, enlevées après quarante-huit heures, ont été fort bien supportées.

Rien à noter jusqu'au seizième jour.

Le soir du seizième jour, la malade se plaignit d'un sentiment de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Le toucher, prudemment pratiqué, fit découvrir un empâtement, comme un petit abcès : on prescrit quatre grandes injections à 45° par jour.

Le lendemain apparaît un phénomène curieux. Deux heures environ après avoir mangé, la malade était prise de crises violentes dans la région cœcale. Au moment des douleurs, on sentait très nettement se dilater sous la main une anse intestinale qui, subitement, s'affaissait. Le paroxysme de la douleur correspondant à la période de dilatation, l'affaissement subit, au contraire, causait un bien-être notable. Pendant huit jours, ces crises reparurent régulièrement deux à trois heures après les repas. L'explication suivante peut en être donnée : Il existait dans la fosse iliaque droite un magma supra-vaginal, au milieu duquel un point du tube digestif était rétréci par des adhérences. Le passage du bol alimentaire au niveau de ce point rétréci, son arrêt momentané avant de le franchir rendent peut-être compte de la douleur et de la sensation de dilatation qu'on observait.

Les crises douloureuses étaient atténuées par l'ingestion de cinq à dix gouttes de laudanum une heure après les repas. Sous l'influence d'injections et de bains sulfureux quotidiens, ces phénomènes disparurent. Le 29 mars, la malade évacua par le vagin un demi-verre de pus.

L'écoulement vaginal diminua peu à peu, et le 9 avril la malade quittait Dubois, ne souffrant plus, perdant à peine. Le toucher, d'ailleurs, démontra l'assouplissement presque complet de toute la région pelvienne.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 83 (résumée) (Personnelle)

Périmétro-salpingite. — Abcès pelvien autrefois ouvert dans le rectum. Opération de Péan. — Guérison.

Femme de 32 ans, opérée le 8 mars 1892 par M. le docteur Segond, dans le service de M. le docteur Monod, à Saint-Antoine.

Utérus absolument enclavé au milieu de poches purulentes multiples. Femme très cachectique.

Hystérectomie vaginale, le 8 mars 1892. — Morcellement par étapes et évidement sur le fond de l'utérus. Ouverture de trois collections, dont deux latérales purulentes et une sur le fond de l'utérus, séreuse.

Durée : une heure un quart. Six pinces.

Suites opératoires parfaites.

Guérison sans fistule.

Observation 84 (Personnelle)

Dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires.
Opération de Péan. — Guérison.

La nommée D....., âgée de 32 ans, entrée le 6 mars 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Cette malade, dont les antécédents héréditaires sont excellents, a été réglée à 12 ans toujours régulièrement, mais pas une seule fois sans éprouver de violentes douleurs, au point qu'à certaines crises elle dut s'aliter. Dans l'intervalle des règles aucune douleur.

Elle se marie à l'âge de 23 ans et accouche d'un enfant vivant à terme, au bout de neuf mois. Trois ans plus tard (il y a sept ans) elle fait une fausse couche de six semaines.

Depuis cette fausse couche, elle se plaint de douleurs constantes, toujours exaspérées au moment des règles et plus vives du côté des annexes gauches.

Il y a trois ans, M. Bouilly lui fait une périnéorrhaphie pour une déchirure datant de son premier accouchement.

A peine guérie, elle contracte vraisemblablement une blennorrhagie (pertes verdâtres abondantes, cystite). Elle s'adresse alors à M. Péan qui lui met un pessaire et lui fait près de six mois des pansements glycérinés hebdomadaires.

Son état ne s'améliorant pas, elle entre à Dubois il y a dix-huit mois (septembre 1890) et subit un curettage. Un deuxième curettage est pratiqué par mon collègue Thiercelin, qui met en outre des pointes de feu sur le col.

Aucune de ces interventions n'a soulagé la malade. Les douleurs persistent, seule la leucorrhée a un peu diminué

Elle entre de nouveau le 6 mars 1892 à la Maison Dubois.

Examen. — Utérus en antéversion = huit centim. et demi. Col dur, cicatriciel.

A gauche : ovaire doublé de volume très-adhérent, très-douloureux, trompe flexueuse de la grosseur du petit doigt, facile à séparer de l'ovaire par la double palpation.

A droite : petite masse ovoïde comme un petit œuf de poule, accolée à l'utérus, formée par l'ovaire et la trompe. Moins douloureuse qu'à gauche.

Diagnostic. — Dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires. Salpingite catarrhale double.

Hystérectomie vaginale, le 10 mars 1892. — Deux étapes. Ablation complète des annexes gauches, incomplète des annexes droites dont un petit fragment de l'ovaire reste adhérent.

L'ovaire gauche contient un kyste hématique du volume d'une noix et plusieurs petits kystes de la grosseur d'un pois. La trompe, épaissie, a le volume du petit doigt, son pavillon est oblitéré.

L'ovaire droit est bourré de petits kystes; la trompe rouge, épaissie, est oblitérée.

Durée de l'opération : trente minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Nulles, pas d'élévation fébrile. Ablation des pinces après quarante-huit heures.

La malade se lève le dix-septième jour et part complètement guérie le vingt-unième jour.

Revue en juillet 1893 pour la dernière fois. Bouffées menstruelles qui ont nécessité deux saignées : mars 1893, juillet 1893. En mars 1894, guérison complète.

Observation 85 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. Guérison.

La nommée L..., âgée de 31 ans, entre le 7 mars 1892, à la Maison municipale de santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Cette malade, dont les antécédents héréditaires sont excellents et la santé habituelle parfaite, a été réglée à 12 ans et demi d'une façon toujours régulière et normale.

Mariée à 20 ans, elle fait une fausse couche de six mois et demi à 21 ans, puis a quatre accouchements à terme : à 23, 24 1/2, 26 1/2 et 29 ans.

La fausse couche tardant à se faire et la dilatation étant complète, une sage-femme appelée fit la rupture de la poche des eaux avec une épingle à cheveux. C'est de cette époque que datent les premières

douleurs de la malade. Ces douleurs, uniquement localisées vers les annexes gauches, s'accusaient quelques jours avant les règles. Leucorrhée légère. Menstruation régulière : pas de métrorrhagie.

Après le troisième accouchement (il y a quatre ans et demi), aggravation de tous les symptômes, surtout du phénomène douleur. Apparition de troubles dyspeptiques; digestions pénibles, constipation, flatulence. En même temps, le caractère de la malade devint nerveux. L'état local se complique d'un malaise général indéfinissable.

Il y a deux ans, le dernier accouchement se complique d'un état puerpéral (Frissons, fièvre, phlébite de la jambe gauche), qui oblige la malade à garder le lit près de deux mois.

Au mois de mai 1891, poussée douloureuse aiguë dans les annexes droites : la malade reste couchée quatre mois.

Au mois de janvier 1892, à la suite de l'influenza, la malade ressentit des douleurs violentes dans la région des annexes droites.

Elle vient à Paris et consulte MM. Tillaux et Pozzi, qui diagnostiquent une salpingo-ovarite double kystique prédominante à gauche et proposent la laparotomie.

La malade entre à Dubois le 7 mars 1892.

Examen. — Utérus antéversé = 8 centim. et demi. Col gros, sain. A gauche, tumeur rénitente du volume du poing nettement séparée de l'utérus ; à droite, tumeur dure du volume d'un œuf, très adhérente, plus douloureuse à la pression que celle de gauche.

Même diagnostic que MM. Tillaux et Pozzi.

État général excellent.

Hystérectomie vaginale, le 11 mars 1892. — Le diagnostic est confirmé sous chloroforme. L'utérus est morcelé en trois étapes. Ablation complète des annexes gauches. La trompe est épaissie et a le volume du petit doigt, elle contient une demi-cuillerée à café de sérosité louche. L'ovaire a le volume d'un œuf de dinde. Il contient un kyste séreux gros comme une noix et est bourré de petits kystes à contenu séreux.

Ablation incomplète des annexes droites. L'ovaire est bourré de petits kystes. Le segment interne de la trompe épaissie est seul enlevé.

Incidents opératoires. — Dès l'ouverture des culs-de-sac, l'intestin fait hernie et est maintenu à grand'peine par des éponges. Une pince courbe placée sur le pédicule des annexes droites, ayant saisi une éponge, dérape au moment où l'éponge est retirée. Elle est replacée facilement.

Durée de l'opération : 35 minutes. Dix pinces : Six à droite, dont une courbe; quatre à gauche, dont une courbe.

Suites opératoires. — Température se maintient à 37°, excepté le soir du deuxième jour, le matin du troisième, le matin du quatrième, où elle atteint 38°.

A noter des vomissements incoercibles qui ne cessent que le soir du quatrième jour, à la suite d'une piqûre de morphine au creux épigastrique.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures. La glace le septième jour.

La malade se lève le dix-huitième jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 5 avril 1892.

Revue en mars 1894. États général et local parfaits. Guérison absolue.

Observation 86 (Personnelle)

Fibrôme sous-muqueux du fond de l'utérus. Annexite suppurée bilatérale. — Pelvi-péritonite. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée S......., âgée de 32 ans, entre le 18 avril 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, rougeole suivie d'otite qui a laissé une surdité surtout accusée à l'oreille gauche.

Réglée à 14 ans, toujours normalement, mariée à 22 ans. Pas d'enfants ni fausse couche. Jamais de douleurs dans le bas-ventre ni de leucorrhée.

Au mois de mars 1891, la malade fut prise de ménorrhagies abondantes. Les règles, jusque-là normales comme quantité et comme durée, deviennent extrêmement profuses et durent de huit à douze jours. A partir du mois de juillet des métrorrhagies apparurent dans l'intervalle des époques et les pertes de sang devinrent bientôt incessantes. C'est dans ces conditions que la malade vit M. Doléris qui, au mois de janvier 1892, pratiqua le curettage de l'utérus et l'amputation du col (Schroeder). Il fit également plusieurs séances d'électrisation. Cette médication échoua. Les métrorrhagies persistèrent et vers le commencement de mars, elles se compliquèrent de douleurs assez vives dans la région des annexes avec prédominance du côté gauche. La malade dit avoir eu à ce moment du ténesme rectal et vésical, des vomissements, de la fièvre. Les symptômes aigus s'apaisèrent sous l'influence d'un traitement médical ; mais les métrorrhagies continuant, la malade entre à Dubois le 18 avril 1892.

Examen. — A son entrée, malade pâle, anémiée, anorexie complète ; état saburral. Constipation.

Poumons. — Aux deux sommets, submatité sous-claviculaire plus accusée à droite. Inspiration rude et saccadée. Expiration prolongée.

Cœur. — Léger bruit de galop.

Urines. — Traces d'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Examen. — Utérus très-gros remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Col complètement effacé, se continue presque sans la ligne de démarcation avec les culs-de-sacs vaginaux. Ceux-ci sont complètement effacés ; ils sont remplis par des masses dures irrégulières nullement fluctuantes. La palpation abdomino-vaginale permet de reconnaître de chaque côté de l'utérus deux tumeurs annexielles ; celle de gauche a le volume d'une tête de fœtus ; elle se prolonge dans le cul-de-sac de Douglas, dédoublant la cloison recto-vaginale, de sorte que cette tumeur présente une forme assez régulièrement ovoïde à petite extrémité inférieure.

A droite, la tumeur a le volume d'une orange.

Hystérométrie = huit cent. et demi dans l'axe de l'utérus. Neuf cent. et demi si l'on incline le cathéter vers la corne droite. Il est donc probable qu'il existe au niveau de la corne gauche un fibrôme sous-muqueux qui est la cause des métrorrhagies.

Au spéculum, le col largement entr'ouvert est sain. (Le 21 avril, ponction exploratrice de la tumeur postérieure).

Hystérectomie vaginale, le 23 avril 1892. — Le col, extrêmement réduit par l'opération de Schroeder, est assez difficilement saisi avec les pinces ordinaires. L'incision circulaire destinée à le libérer des insertions vaginales est faite presque au ras de l'orifice externe. M. Segond commence l'hystérectomie par l'ouverture du cul-de-sac postérieur : Immédiatement s'écoulent environ deux grands verres de pus épais très-fétide. Par la brèche qu'il vient de créer dans le cul-de-sac de Douglas, M. Segond explore les annexes et constate que des deux côtés elles sont malades. Il poursuit alors l'hystérectomie par étapes ; mais le corps utérin étant très-volumineux, il en pratique l'évidement conoïde médian. Au cours de cette manœuvre, deux autres poches purulentes dont chacune contient environ un verre à Bordeaux de pus épais et fétide sont successivement ouvertes. L'ablation du fond de l'utérus amoindri par l'évidement se continue sans incident. L'opération terminée, il reste en place neuf pinces dont :

Trois sur le ligament large droit, quatre sur le ligament large gauche, deux sur des débris d'annexe.

Le péritoine n'a pas été ouvert. Les annexes ne sont point enlevées. On constate au niveau de la corne utérine gauche un fibrôme sous-muqueux du volume d'un abricot.

Durée de l'opération : quarante minutes.

Suites opératoires. — Normales jusqu'au huitième jour.

Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons après soixante-onze heures.

Le huitième jour, la malade se plaint de douleurs au niveau du rein gauche. Le rein, douloureux à la pression, est augmenté de volume avec ballotement. Les urines abondantes (2 litres et quart en vingt-quatre heures) sont pâles, troubles et contiennent 2 grammes 25 d'albumine par litre. La langue est sèche ; la température oscille autour de 39° et atteint même 40° le dixième et le douzième jours. Nausées, vomissements, œdème des membres inférieurs. On institue le traitement suivant : Régime lacté absolu, ventouses sur la région lombaire, thé au rhum, sulfate de quinine. Le rein droit devient un peu douloureux le douzième jour. Le dix-septième jour la température redevient normale ; l'émission d'urine en vingt-quatre heures n'est plus que de quinze cents grammes et le taux de l'albumine tombé à 1 gramme 70 par litre.

Le 31 mai (trente-neuf jours après l'opération), il n'existe plus traces d'albumine dans les urines.

La malade part guérie le 25 juin.

Nouvelles au bout d'un an (avril 1893) : va très-bien.

Observation 87 (résumée) (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Cancer au début du corps de l'utérus. Opération de Péan. — Guérison.

Femme de 42 ans, opérée le 29 avril 1892, à l'hôpital Laënnec, service de M. le docteur Gérard-Marchant, par M. le docteur Segond.

Diagnostic posé. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 29 avril 1892. — Deux étapes de morcellement, puis évidement du fond de l'organe ramolli par un cancer au début.

Ouverture de deux énormes collections de pus extrêmement fétide.

Durée : 3/4 d'heure. 6 pinces.

Suites opératoires nulles.

La malade part guérie le 25me jour.

Observation 88 (Personnelle)

Hématosalpinx droit. — Salpingo-ovarite parenchymateuse gauche. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Fab..., âgée de 34 ans, opérée le 2 mai 1892, chez les Sœurs Augustines.

Cette malade était soignée depuis 5 ans par MM. Rendu et Charcot, pour des phénomènes hystériques à point de départ ovarien. Le professeur Charcot avait posé le diagnostic de tabes au début. Au mois de janvier 1892, à la suite d'une crise ovarienne violente, le professeur Pinard et le docteur Dumontpallier furent appelés en consultation et diagnostiquèrent une salpingite kystique double et conclurent à l'ablation bilatérale.

Hystérectomie vaginale, le 2 mai 1892. — Morcellement en trois étapes. Ouverture d'une collection séreuse du cul-de-sac de Douglas. Ablation totale de la trompe droite, de l'ovaire droit, qui a le volume d'une mandarine et contient un très gros kyste hématique. Ablation incomplète des annexes gauches dont l'ovaire est polykystique et la trompe du volume du pouce, distendue par du liquide séreux.

Durée : trente-cinq minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures ; des tampons le cinquième jour. Aucun incident de convalescence. La malade se lève le vingt-troisième jour.

Revue très souvent. En septembre 1893 : état local parfait. Persistance des phénomènes hystériques. En mai 1894, signes confirmés de tabes. Guérison locale persiste.

Observation 89 (Personnelle)

Rétroversion adhérente. — Salpingite parenchymateuse double. Opération de Péan. — Guérison.

Gabrielle B..., âgée de 25 ans, entre le 12 mai 1892, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à quinze ans, toujours très bien. Leucorrhée depuis l'âge de 18 ans : blennorrhagie probable. Fausse couche de deux mois et demi à vingt et un ans.

C'est seulement dix-huit mois plus tard que la malade commença à souffrir quelques jours avant les règles et le premier jour des règles.

Il y a trois ans, poussée de salpingo-ovarite qui l'oblige à s'aliter six semaines. Depuis cette époque, de mars à mai 1892, nouvelle poussée aiguë.

Il y a un mois, nouvelle poussée surtout à droite, tandis qu'auparavant les douleurs prédominaient à gauche.

Menstruations toujours régulières, mais douloureuses. Jamais de métrorrhagies.

Examen. — Utérus abaissé, en rétroversion adhérente. A gauche, les annexes ont le volume d'une mandarine, adhérentes et douloureuses. A droite, elles forment une masse du volume d'un œuf, extrêmement douloureuses.

Chez cette malade, l'indication opératoire déjà posée par un chirurgien serait : Ablation bilatérale, hystéropexie.

Hystérectomie vaginale, le 16 mai 1892.—Morcellement et évidement sur le fond. Epanchement séreux dans le cul-de-sac de Douglas au milieu des adhérences qui fixent l'utérus.

Ablation complète des annexes gauches. L'ovaire est bourré de kystes dont deux du volume d'une petite noix : la trompe offre les lésions de la salpingite hypertrophique.

Ablation incomplète des annexes droites. Mêmes lésions.

Durée : quarante minutes. Cinq pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Pas de réaction du pouls, ni de la température.

Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures : des tampons le quatrième jour.

Elle se lève le vingtième jour et quitte l'hôpital le 20 juin 1892.

Revue pour la dernière fois en mai 1894. États local et général parfaits. Aucune douleur, quelques bouffées menstruelles. Appétence génitale en rien modifiée. Guérison absolue.

Observation 90 (Personnelle)

Utérus fibromateux. — Pyosalpinx double.
Opération de Péan. — Guérison.

Mme Lart..., âgée de 45 ans, entre à la Maison municipale de Santé, chambre 26, le 10 mai 1892, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 10 ans 1/2, toujours normalement. Cinq enfants (16 ans 1/2, 18, 20, 22 et 24 ans).

Aucun trouble général jusqu'à il y a 3 mois, où elle commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, surtout vives à droite. Les règles restent régulières. Jamais de métrorrhagies ni de fièvre. Ces douleurs étaient continuelles et s'exagéraient par la fatigue.

Examen. — Le col sain paraît se continuer avec une masse dure du volume d'une tête de fœtus remplissant le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. Cette tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est immobile, lisse et régulière en tous ses points. A gauche on sent une deuxième tumeur, qui se détache de la première par un pédicule large, peu mobile et très dure.

L'utérus mesure 12 centim.

Diagnostic. — Fibrômes utérins.

Hystérectomie vaginale, le 28 mai 1892. — La tumeur droite est un énorme pyosalpinx à pus non fétide, celle de gauche une collection purulente tubaire.

L'utérus, bourré de petits fibrômes, du volume d'une noisette à une noix, est enlevé par morcellement et évidement, il pèse 830 gr. Les annexes droites sont enlevées en totalité et la poche gauche est réséquée en grande partie.

Durée : 40 minutes. 7 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3me jour.

Aucun incident de convalescence. Elle se lève le 21me jour et sort guérie le 30 juin.

Revue en parfait état local et général le 13 juillet 1893.

Observation 91 (Personnelle)

Hystérectomie complémentaire. — Malade laparotomisée pour salpingo-ovarite gauche le 28 octobre 1891, à Baudelocque, par M. Segond. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Daud..., âgée de 32 ans, est entrée à la clinique Baudelocque, le 20 octobre 1891, service du professeur Pinard, où M. le docteur Segond lui pratique, le 28 octobre, l'ablation des annexes gauches par laparotomie et détruit quelques adhérences, qui englobent les annexes droites.

La malade fut améliorée pendant deux à trois mois. Elle fut alors traitée par les pansements intra-utérins et vaginaux, le repos, les injections et les révulsifs (pointes de feu, vésicatoires) jusqu'au mois de juin 1892, sans amélioration. L'intensité des souffrances la décide à une nouvelle intervention.

Examen. — L'utérus gros égale 9 centimètres 1/2. A gauche, souplesse parfaite du moignon tubaire ; à droite, tumeur fluctuante du volume d'une orange, très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite kystique droite.

Hystérectomie vaginale, le 3 juin 1892. — Morcellement en trois étapes, deux petits fibrômes de la paroi antérieure. La trompe est atteinte de salpingite catarrhale. La tumeur est exclusivement formée par l'ovaire rempli de kystes dont plusienrs atteignent le volume d'une noix ; avec le fond de l'utérus on amène le fil de soie placé sur le pédicule des annexes droites lors de la laparotomie. Il n'est ni altéré ni modifié.

Durée: trente minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons, le quatrième jour.

Aucun incident de convalescence.

Elle se lève le vingtième jour et part le vingt-cinquième jour.

Revue en mai 1894. Etats général et local parfaits. Guérison absolue.

Observation 92 (Personnelle)

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse droite. Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Fay..., âgée de 24 ans, entre le 6 juin 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans 1/2, toujours normalement et sans douleur.

Il y a 6 ans, fausse couche de 5 mois, enfant mort. La malade se lève au 9me jour, se fatigue et commence à souffrir dans le ventre, mais d'une façon intermittente, par crises.

Il y a 3 ans, les douleurs devinrent plus fréquentes, mais elles étaient encore peu vives. A cette époque, pertes verdâtres ; pas de douleurs à la miction. Règles peu abondantes, pâles, irrégulières ; jamais de métrorrhagie.

Il y a un an, cautérisation jusqu'au mois de mars dernier. Poussées fébriles fréquentes.

La malade a maigri de 20 livres depuis 3 mois. Appétit disparu. Céphalalgies fréquentes.

Examen. — Utérus petit, enclavé. A gauche, tumeur comme une grosse orange, absolument immobile, dure, très douloureuse. A droite, tumeur annexielle du volume d'un œuf, très adhérente.

Diagnostic — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 9 juin 1892. — Morcellement et évidement sur le fond.

Ouverture d'une petite collection purulente dans le cul-de-sac postérieur et d'une autre beaucoup plus considérable à gauche. La poche tubaire gauche ne peut être enlevée. A droite, ablation presque totale des annexes. Ovaire bourré de kystes ; trompe du volume du pouce, bosselée, parenchymateuse.

Le toucher fait reconnaître en arrière de la vessie une petite induration probablement formée par l'épiploon enflammé.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls et de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le 4me jour.

La malade se lève le 18me jour et quitte l'hôpital le 4 juillet.

Revue plusieurs fois : à la fin de juillet 1892, cicatrice vaginale très assouplie, léger suintement vaginal. Plus de douleurs.

En novembre 1892, perte rosée par le vagin, qui dure 2 jours. D'ailleurs aucune trace d'abcès, souplesse absolue de tout le pelvis.

Enfin en avril 1894, état local parfait, aucune douleur, aucun trouble. La malade fait de la bicyclette et du patin. Appétence génitale très conservée, se plaint seulement de ne pas engraisser, bien qu'elle ait regagné 20 livres depuis son opération. Rein droit légèrement abaissé. Guérison complète.

Observation 93 (Personnelle)

Hématosalpinx droit. — Kyste hématique de l'ovaire gauche. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Bouil..., âgée de 44 ans, entre le 10 juin 1892 à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Père asthmatique, mort de congestion pulmonaire. Mère morte d'un cancer utérin.

Réglée à 17 ans, d'abord pendant un an régulièrement ; interruption de six mois, puis la menstruation devient régulière après une nouvelle interruption d'un an.

Mariée à 22 ans ; premier enfant à 23 ans, deuxième enfant à 26 ans, troisième enfant à 29 ans. Couches normales, pas de complications.

Il y a sept ans, métrorrhagie légère ; un médecin examine la malade et trouve un fibrôme ; à plusieurs reprises, coliques utérines.

Pendant six ans, disparition de tous les symptômes.

Il y a un an, réapparition des pertes de sang qui n'ont pas cessé, excepté en septembre et octobre. Métrorrhagies pures et écoulement sanguinolent, sans odeur.

Pas de douleurs, appétit assez bon. La malade dit même qu'elle a engraissé. Rien dans les urines.

Au cœur, souffle léger au premier temps à la base.

Examen — Utérus: Col mou et gros entr'ouvert. Corps très gros remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis; l'hystéromètre donne 12 centimètres.

Annexes. — A droite, tumeur du volume d'une tête de fœtus accolée à l'utérus; à gauche, tumeur plus petite du volume du poing.

Diagnostic. — Sarcome de l'utérus ? Hématosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 20 juin 1892. — Ablation de l'utérus par évidement en dix-huit morceaux. Aspect de tissu sarcomateux. Ablation complète des annexes droites. L'ovaire est transformé en un kyste hématique contenant environ deux verres de liquide. Ablation complète des annexes gauches; hématosalpinx du volume d'une orange. L'utérus pèse 75 grammes.

Durée: quarante minutes; huit pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf 38° le soir des troisième et quatrième jours.

Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le quatrième jour.

Pas d'incident. La malade se lève le vingtième jour et part guérie au bout d'un mois.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait seulement d'une métrite parenchymateuse.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 94 (Personnelle)

Abcès pelvien plusieurs fois ouvert dans le rectum.
Périmétro-salpingite suppurée aiguë. — Opération de Péan.
Mort, le jour même, de syncope.

Mme Cour..., âgée de 32 ans, entre, le lundi 27 juin 1892, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, ses règles se sont arrêtées de 15 à 17 ans pendant une coxalgie gauche guérie par ankylose après évacuation de plusieurs abcès péri-articulaires.

A 18 ans, vaginite blennorrhagique.

A 20 ans, fausse couche de trois mois, suivie d'une pelvi-péritonite grave qui tient la malade couchée pendant deux mois. Depuis cette époque elle souffre constamment dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. A plusieurs reprises elle a rendu des flots de pus par le rectum.

Depuis six semaines, nouvelle poussée aiguë. La malade est apportée à Dubois dans un état grave : Température = 40° tous les soirs. Pouls 120, petit : Vomissements, ballonnement du ventre, langue sèche ; urines rares.

Le toucher montre l'utérus enclavé au milieu de collections purulentes qui remontent surtout du côté gauche presque à l'ombilic.

En présence de l'état grave de la malade, l'opération est faite le lendemain matin.

Hystérectomie vaginale, le 28 juin 1893. — Morcellement des plus laborieux, l'utérus se déchirant sous les pinces. Ouverture de trois collections énormes renfermant un pus extrêmement fétide. Ablation totale de la poche tubaire droite.

Durée : cinquante minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — La malade se réveille bien. Dans l'après-midi, vers quatre heures, elle fait un effort pour vomir et meurt subitement.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation 95 (Personnelle)

Dysménorrhée membraneuse ayant nécessité deux curettages. Etat nerveux grave. — Opération de Péan. — Guérison.

Mad[e] Per....., âgée de 26 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 15 mai 1892, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, toujours très bien ; mariée à 18 ans, a commencé à souffrir à 21 ans, après une couche gémellaire à 8 mois 1/2. Pas de péritonite. Depuis, ménorrhagies durant 8 à 9 jours. Puis, depuis 1887, métrorrhagies fréquentes, dysménorrhée membraneuse.

Curettée par M. Terrillon le 17 mai 1889. Pas de soulagement.

Curettée le 12 mai 1892 à Dubois. Dilatation utérine. Pansements au naphtol camphré ; bromure de potassium, douches. Aucune amélioration. L'état nerveux est devenu extrême ; à chaque instant la malade a des crises, perd connaissance, pleure sans motif. Les règles de juin amènent une crise plus violente que les précédentes. La malade réclame une intervention radicale.

En présence de ces troubles dysménorrhéiques graves et rebelles à tout traitement, M. Segond propose l'hystérectomie.

Hystérectomie vaginale, le 30 juin 1892. — Deux étapes de morcellement. Ablation complète des annexes. Les trompes, du volume d'une

plume à écrire, sont très congestionnées ; les ovaires sont très gros, œdémateux et kystiques.

Durée : 12 minutes. 4 Pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 18e jour et quitte l'hôpital le 25e jour.

Revue à plusieurs reprises, dont la dernière fois en avril 1894. États général et local parfaits. A peine quelques bouffées menstruelles. La malade est enchantée de son état nouveau. Guérison absolue.

Observation 96 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse hypertrophique double. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Mul..., âgée de 22 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond, le 2 juillet 1892.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, toujours avec quelques douleurs. Mariée à 18 ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

A 20 ans, elle commence à perdre en blanc très abondamment, à souffrir en urinant. Un traitement consistant en injections vaginales boriquées et quelques pansements vaginaux irrégulièrement faits amènent une diminution des pertes. Mais les douleurs, d'abord prédominantes à droite puis bientôt bilatérales, restent les mêmes. Peu à peu elles s'aggravent, deviennent continuelles, exaspérées par la marche, les règles. La malade est obligée de rester fréquemment couchée. Les règles sont irrégulières, fréquentes, abondantes. Une métrorrhagie, qui dure huit jours, décide la malade à entrer à Dubois.

Examen. — Utérus en antéversion. Col en léger ectropion. A droite, la trompe forme un cordon comme le pouce, très dur, douloureux. L'ovaire est gros, adhérent, très douloureux. A gauche, les annexes sont confondues en une masse dure, du volume d'un œuf, très adhérente et très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 9 juillet 1892. — Morcellement en deux étapes, évidement du fond. Kyste séreux rétro-utérin.

Ablation complète des annexes. A droite, salpingite hypertrophique parenchymateuse du volume de l'index, ovaire kystique.

A gauche, mêmes lésions de la trompe très épaissie, l'ovaire contient un énorme kyste du corps jaune.

Les annexes de ce côté sont très adhérentes.

Durée : vingt-cinq minutes ; six pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température.

Ablation des pinces après quarante-huit heures, des tampons le cinquième jour.

Convalescence rapide.

Le dix-huitième jour la malade présente de l'embarras fébrile. Le vingtième jour, le diagnostic fièvre typhoïde s'impose. La malade passe alors dans le service de M. Juhel-Renoy, où elle fait une fièvre typhoïde grave. Traitée par les bains froids, elle guérit admirablement et quitte Dubois le 20 septembre. En mars 1894, guérison absolue.

Observation 97 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. Guérison.

Mad^e Mag...., âgée de 20 ans, entre le 4 juillet 1892, à la Maison municipale de santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Héréditaires et personnels excellents. Réglée à 11 ans 1/2 d'une façon irrégulière et toujours avec quelques douleurs.

Syphilis en 1889. Blennorrhagie en 1890.

Au mois de juillet 1891, fausse couche de 5 mois. Immédiatement apparaissent de vives douleurs dans la région des annexes et une leucorrhée très abondante. Les règles deviennent extrêmement douloureuses et la malade entre à l'Hôtel-Dieu au mois de septembre 1891 et y subit un curettage. Pendant 2 mois environ, la malade fut soulagée : les douleurs étaient moins vives, les pertes moins abondantes. Puis l'amélioration disparut, les douleurs devinrent plus vives, plus continuelles et les pertes purulentes extrêmement profuses.

En juin 1892, elle entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu et y subit un deuxième curettage, mais sans aucune amélioration.

Elle entre à la maison Dubois le 4 juillet 1892.

Examen. — Utérus gros en subinvolution, en situation normale. A droite, annexes du volume d'une mandarine, très douloureuses, très adhérentes. A gauche, tumeur du volume d'un œuf de poule tout-à-fait accolée contre la paroi pelvienne.

Tous les soirs la température s'élève à 38°2. Malade pâle, amaigrie.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 9 juillet, par M. Baudron. — Morcellement et évidement. Ablation complète des annexes droites très adhérentes ; incomplète des annexes gauches. Les trompes sont du

volume du pouce à parois lardacées, et contiennent des fongosités mais pas de pus. Les ovaires sont bourrés de petits kystes.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls. La température s'élève à 38° le soir du 2e et du 3e jour.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le 4e jour.

La malade, indocile, se lève le 10e jour. Elle part le 17e jour.

Revue à plusieurs reprises, la dernière en mai 1894. États général et local parfaits, pas de bouffées menstruelles. Appétence génitale très conservée. Guérison absolue.

Observation 98 (Personnelle)

Pyosalpinx gauche. — Salpingo-ovarite droite. — Laparotomie exploratrice. — Opération de Péan immédiate. — Guérison.

La nommée Art..., âgée de 35 ans, entre le 23 juillet 1892, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, toujours normalement; mariée à 20 ans 1/2. A 22 ans (en 1879) fausse couche de 6 mois sans complications. Un mois après, apparition de douleurs localisées dans l'hypochondre droit. Un médecin diagnostique un accès de colique hépatique qui dure de 4 à 5 jours. La malade reprend sa vie habituelle, mais il persiste un point douloureux fixe un peu au-dessus de la vésicule biliaire. On constate une hypertrophie du foie, mais ce n'est qu'en 1885 qu'on porte le diagnostic de kyste hydatique. Ce kyste ponctionné et lavé guérit.

En 1886, la malade commence à éprouver des troubles génitaux. La menstruation devient irrégulière, abondante; dans l'intervalle des règles, leucorrhée assez considérable. Enfin douleurs sourdes, à paroxysmes au moment des règles, surtout accusées du côté gauche.

La malade vient à Paris en 1889; l'on diagnostique une salpingo-ovarite gauche et l'on constitue un traitement consistant en injections boriquées chaudes et en applications, sur la région douloureuse, de pommades calmantes. Les phénomènes douloureux, après une atténuation passagère, reparaissent; seule la menstruation redevient régulière.

Au mois de mai 1892, la malade constate elle-même la présence d'une tumeur faisant saillie à gauche au-dessus de l'arcade de Fallope.

Elle entre à Dubois le 23 juillet 1892.

Examen. — La palpation simple permet de reconnaître une tumeur du volume d'une tête d'adulte accolée à la paroi abdominale très dure, de forme sphérique assez régulière.

En combinant le toucher à la palpation on reconnaît que cette tumeur est nettement séparée de l'utérus par un sillon, qu'elle est absolument accolée aux parois pelviennes et qu'il est impossible de lui imprimer le plus léger mouvement. Elle n'est pas douloureuse.

L'utérus, en antéversion légère, est mobile, un peu gros : le col est sain : hystéromètre 8 centim. 1/2. A droite les annexes paraissent saines.

État général. — Assez bon. Cœur et poumons sains. Un peu d'amaigrissement ces derniers mois. Fonctions digestives pénibles. Jamais de fièvre.

Diagnostic : Suppuration des annexes gauches ou peut-être kyste hydatique du bassin.

Opération le 25 juillet 1892. — En raison de l'unilatéralité des lésions, M. Segond pratique la laparotomie. On tombe sur une tumeur adhérente de toutes parts aux intestins et ne pouvant en aucune façon en être séparée. Après s'être assuré que les annexes droites étaient malades, M. Segond pratique séance tenante l'*hystérectomie vaginale*, le ventre étant refermé par six points d'argent, dont deux superficiels.

Le morcellement de l'utérus est extrêmement laborieux, l'organe ne s'abaissant point. Il est mené à bout par résections transversales et par évidement. Au cours du morcellement une petite poche purulente est ouverte par l'écarteur postérieur et laisse écouler du pus. Une fois l'utérus enlevé, on aperçoit très haut située la tumeur. Elle est crevée par le bistouri et laisse écouler deux cuillerées environ de pus mal lié sans odeur. M. Segond explore du doigt la cavité et reconnaît qu'elle est tapissée de fongosités et limitée de toutes parts par des parois épaisses presque cartilagineuses.

Les annexes droites, perdues dans les adhérences, ne sont pas enlevées.

Durée totale : 1 heure. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des éponges le 4me jour.

Les fils de suture de la plaie abdominale sont enlevés le 8me jour. Réunion parfaite.

La malade se lève le 24e jour et quitte l'hôpital, complètement guérie, le 20 août.

Revue en mars 1894. État général parfait. État local excellent. La malade va tous les ans à Vichy pour des douleurs hépatiques. Guérison absolue.

Observation 99 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Ovaires scléro-kystiques. Opération de Péan. — Guérison.

Mlle Conr.. , âgée de 35 ans, entre le 6 août 1892, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Antécédents. — Réglée à 14 ans normalement. A 16 ans, pendant les règles, elle fait une longue course à cheval, qui provoque une poussée grave de pelvipéritonite. Depuis cette époque elle n'a cessé de souffrir. Malgré des soins médicaux rigoureusement donnés, un séjour annuel aux eaux, etc..., poussées aiguës répétées à la moindre fatigue, cédant au repos. Dernière poussée il y a 7 mois, depuis laquelle la malade est alitée. Le docteur Potocki, chef de clinique de la Faculté et médecin de la malade, constatant une double et volumineuse lésion des annexes, conseille l'ablation.

Hystérectomie vaginale, le 11 août 1892. — Utérus peu abaissable. Morcellement et évidement très laborieux à cause de l'étroitesse considérable du vagin, ablation complète des annexes droites, la trompe est atteinte de salpingite parenchymateuse hypertrophique, l'ovaire est polykystique. Ablation incomplète des annexes gauches beaucoup plus adhérentes et présentant les mêmes lésions.

Durée : 35 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures; des tampons le 4me jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 20me jour et part complètement guérie le 1er septembre. En avril 1894, guérison absolue.

Observation 100 (Personnelle)

Ovaires scléro-kystiques. — Métrite parenchymateuse. — Troubles dysménorrhéiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Coll..., âgée de 40 ans, est opérée le 23 août 1892.

Mariée en 1872. Premier enfant en mars 1873. Deuxième enfant en novembre 1874. Troisième enfant en mai 1877.

Premiers symptômes de métrite en 1873. Soignée en 1879 pour un catarrhe utérin et en 1880 pour une rétroflexion de la matrice.

En 1881, grandes crises de coliques, suivies d'une fausse couche.

En 1881, scarifications sur le col, Eaux de Saint-Sauveur.

En 1882, redressements fréquents de la matrice avec une tige métallique et application de tampons pour la maintenir.

En 1883, même traitement.

En 1884, bains de mer, grossesse. Quatrième enfant en mai 1885. Cinquième enfant en avril 1887. Sixième enfant en octobre 1888.

Affaiblissement et amaigrissement progressifs.

En juillet 1889, curettage, puis trois semaines après, opération d'Alexander. Aucun soulagement.

En 1890, eaux de Salies de Béarn, puis bains de mer. Aucun soulagement.

En 1891, injections de sérum artificiel. Pas d'amélioration.

Examen. — L'état de la malade est le suivant : Elle est presque constamment couchée depuis 1888. Chaque période menstruelle est l'occasion d'une aggravation des douleurs pelviennes ; elle dure de huit à dix jours et laisse la malade complètement abattue. Dyspnée grave. Amaigrissement considérable. Impotence presque complète.

Hystérectomie vaginale, le 23 août 1892. — Morcellement et évidement. L'utérus pèse 100 grammes. Ablation complète des annexes. Salpingite catarrhale double. Très gros ovaires polykystiques.

Durée : vingt minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le cinquième jour.

La malade se lève le vingtième jour.

Revue souvent. En mars 1894, état local parfait. Plus de troubles menstruels. Persistance des phénomènes dyspeptiques et d'entéroptose. Guérison utérine complète.

Observation 101 (Personnelle)

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite blennorrhagique interstitielle double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Oz..., âgée de 23 ans, entre à la Maison municipale de Santé, dans le service de M. le docteur Segond, le 2 mars 1892.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, d'une façon normale, elle se marie à 18 ans et accouche à terme, à 20 ans 1/2, d'une petite fille, bien portante.

En juillet 1891, elle commence à éprouver des douleurs en urinant, des brûlures à la vulve : en même temps elle a des pertes verdâtres

extrêmement abondantes. Elle voit un médecin qui conseille des injections et fait quelques pansements vaginaux. Au mois de mars 1892 elle entre à la Maison municipale de Santé, dans le service du docteur Segond, où on lui pratique un curettage. Elle continue pendant trois mois d'être traitée, deux fois par semaine, par des attouchements de la cavité utérine au permanganate de potasse à 1/200e. Malgré ce traitement, qui fait disparaître complètement la leucorrhée, elle continue d'éprouver dans la région des annexes des douleurs extrêmement violentes. Celles-ci ne paraissent pas augmentées de volume, mais la palpation des ovaires détermine des crises douloureuses, très vives, presque syncopales. Au traitement de la métrite on joint la révulsion sur la paroi abdominale, qui ne donne aucun soulagement. Les règles sont l'occasion de paroxysmes douloureux.

La malade réclame à grands cris une intervention qui lui permette de reprendre sa vie habituelle et de ne plus garder le lit d'une façon presque constante.

En présence de l'impotence à laquelle est condamnée la malade, de l'intensité des douleurs, M. Segond propose la castration totale.

Hystérectomie vaginale, le 25 août 1892. — Morcellement en deux étapes. Ablation totale des annexes. Très gros ovaires kystiques œdémateux. Trompes du volume du petit doigt, très congestionnées, ne contenant pas de pus.

Durée : 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le cinquième jour. Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part guérie au bout de un mois.

Revue en parfait état local et général en mars 1894. Guérison absolue.

Observation 102 (Le Moniet)

Salpingite parenchymateuse double. — Abcès péri-salpingien. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Mey..., âgée de 20 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 1er septembre 1892, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Aucune maladie antérieure. Réglée à 13 ans, régulièrement et chaque fois pendant trois jours. Pas d'enfant, pas de fausse couche.

En janvier dernier, blennorrhagie ayant duré environ trois semaines. Douleurs en urinant. Ecoulement verdâtre. Traitement au Santal prescrit par un médecin.

C'est là le début des accidents actuels.

Depuis ce moment : Les règles sont plus abondantes. Elles durent environ 10 jours, plus rapprochées, toutes les deux à trois semaines.

Elles sont précédées, accompagnées et suivies de douleurs vives dans le bas-ventre, au niveau des fosses iliaques.

Douleurs, mais moins vives dans l'intervalle des règles.

Ecoulement leucorrhéique, surtout depuis trois à quatre mois.

Examen. — Vessie souple, très douloureuse à la pression. Utérus en rétroversion, sans rétroflexion, très peu mobile. Le moindre mouvement réveille de violentes douleurs. Culs-de-sac très douloureux.

Le toucher vaginal et palper abdominal font sentir dans les culs-de-sac latéraux une tuméfaction, partant de l'utérus et allant aux parois de l'excavation pelvienne. Cette tuméfaction, plus grosse à gauche qu'à droite, est résistante et douloureuse.

Cul-de-sac postérieur soulevé par le fond de l'utérus et par des exsudats inflammatoires.

Etat général très bon. Rien du côté des autre organes.

Hystérectomie vaginale, le 15 septembre 1892. — Morcellement et évidement. Utérus difficilement abaissable. Ablation complète des annexes. Aucune complication opératoire.

Durée : trois quarts d'heure; six pinces.

Pansement vaginal. Eponge avec fil dans un petit sac en gaze iodoformée, en avant et en arrière des pinces, au fond du vagin.

Examen des pièces. — Double salpingite avec épaississement des parois et adhérences. Ovaires scléro-kystiques. En arrière de l'ovaire : à droite et à gauche, deux collections purulentes.

Suites opératoires. — Très simples. Aucune complication.

La malade se lève le quinzième jour.

Le 15 octobre, la malade sort bien portante, quelques douleurs abdominales.

Revue à plusieurs reprises, dont la dernière fois en mai 1894. Etats général et local parfaits. Guérison absolue.

Observation 103 (1)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Jo..., âgée de 28 ans, est opérée le 14 septembre 1892 à

(1) Remise par M. le docteur Jacobs.

Bruxelles, à l'Institut gynécologique du docteur Jacobs, par M. le docteur Segond, devant les membres du Congrès.

Jeune femme de 28 ans, secondipare, atteinte de pyosalpingite bilatérale depuis 4 ans : accidents divers et répétés de péri et de paramétrite.

Hystérectomie vaginale, le 14 septembre 1892. — Morcellement et évidement. Ouverture d'une collection purulente à droite. La trompe ne peut être enlevée. Ablation presque totale des annexes gauches. La trompe contient une cuillerée de pus.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Excellentes. Les pinces sont enlevées après 48 heures.

La malade se lève le sixième jour, suivant la pratique du docteur Jacobs.

Le 3 décembre 1892, elle est en parfait état. Guérison absolue.

Lettre en mai 1893. Guérison absolue.

Observation 104 (Personnelle)

Kystes des deux ovaires, suppuré à gauche. — Opération de Péan. Guérison.

Mme Villan..., âgée de 36 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond, le 17 août 1893.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, normalement. La malade a un fils de 19 ans, jamais d'autre grossesse.

Elle a toujours eu une leucorrhée assez intense et une constipation opiniâtre.

Dans l'été de 1890, elle a commencé à éprouver une sensation de pesanteur très gênante dans la région sus-pubienne, puis des douleurs aux lombes et à la partie antéro-externe des cuisses.

Il y a six mois, ses règles, jusque-là régulières, prennent le caractère bi-mensuel.

En mai 1892, au cours d'un voyage, violente métrorrhagie durant quinze jours. A dater de cette époque, les douleurs deviennent tout-à-fait aiguës à la région du bas-ventre, principalement du côté droit, et s'irradiant vers les lombes, la fesse et la cuisse droite, jusqu'à la région externe de la jambe droite. La malade est obligée de s'aliter. Un médecin est consulté : injections boriquées, frictions.

Du 20 au 25 juillet, hydrorrhée considérable précédant la venue des règles.

Depuis le mois de juin, la malade urine par intermittences, avec de grandes difficultés : « Elle sent, dit-elle, comme un poids qui comprime la vessie. »

La santé générale est assez bonne, jamais aucun trouble gastrique.

Entrée à la maison Dubois le 17 août 1893.

Examen. — Utérus assez gros repoussé fortement en avant par une volumineuse tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur et déborde au-dessus du pubis de chaque côté de l'utérus. Il est possible de limiter par la double palpation deux collections, l'une à droite plus douloureuse, comme une tête de fœtus, l'autre à gauche comme une énorme orange, toutes les deux fluctuantes.

La malade a, de temps en temps, de la fièvre le soir.

Diagnostic. — Kystes des deux ovaires, probablement suppuré à gauche ou pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 30 août 1892. — Incison du cul-de-sac postérieur et évacuation de la poche gauche, un verre et demi de pus. Morcellement et évidement sur le fond. Evacuation de la poche droite à contenu séreux. Ablation totale de cette poche. Ablation incomplète de la poche gauche.

Il s'agit d'un double kyste de l'ovaire.

Durée : cinquante minutes. Sept pinces.

Suites opératoires. — Pas de réaction du pouls. Température à 38° le soir du deuxième jour, à 38° 6 le soir du quatrième et du sixième jours.

Ablation des pinces après quarante-huit heures, des tampons le quatrième jour.

A signaler une angine herpétique du quinzième au dix-neuvième jour.

La malade se lève le vingt-quatrième jour et quitte l'hôpital le 29 septembre.

Revue en avril 1894. États général et local parfaits. Guérison absolue.

Observation 105 (Le Moniet).

Pyosalpinx droit. — Salpingite parenchymateuse gauche. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Jan..., âgé de 28 ans, entre à la Maison municipale de Santé le 16 septembre 1892, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée d'une façon toujours régulière à 13 ans. Accouchement normal à 23 ans. Fausse couche de 6 mois à 26 ans, souffre dans le ventre depuis cette époque, les douleurs ont débuté du côté gauche. La malade a été traitée pendant 18 mois par la révulsion

abdominale, les traitements intra-utérins, les injections chaudes, le repos. Il y a 8 mois, douleurs à droite très vives.

Actuellement, la malade souffre des deux côtés continuellement avec paroxysme au moment des règles, devenues très abondantes, mais restées régulières. De temps à autre, poussées fébriles le soir. Leucorrhée assez abondante. État général bon.

Examen. — Utérus gros, en situation normale. Col irrégulier. A droite tumeur fluctuante du volume d'une mandarine, très douloureuse. A gauche tumeur plus dure, très adhérente, très douloureuse, du volume d'un œuf de poule.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 24 septembre 1892. — Morcellement et évidement. Ouverture de la trompe droite qui contient un verre à Bordeaux de pus.

La trompe gauche a le volume du pouce (salpingite hypertrophique parenchymateuse).

Les ovaires sont bourrés de kystes.

Ablation complète des annexes.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites operatoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. Hémorrhagie qui nécessite un tamponnement qu'on laisse en place 6 jours.

Aucun incident de convalescence.

La malade se lève le 21[me] jour et part guérie le 26 octobre.

Observation 106 (Le Moniet).

Pyosalpinx double. — Périmétro-salpingite séreuse.
Opération de Péan. — Guérison.

La nommée C..., Albertine, âgée de 31 ans, entre le 21 octobre 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, d'abord régulièrement. A 17 ans, premiers troubles de la menstruation : les règles sont plus fréquentes (souvent deux fois par mois) et plus abondantes. Excès de coït dès cet âge.

En 1880, péritonite attribuée à un refroidissement.

Depuis, douleurs abdominales constantes : les pertes ont lieu régulièrement presque chaque mois.

Jamais de grossesse.

En juin 1892, à la suite d'une longue promenade pendant une période menstruelle, nouvel accident aigu qui oblige la malade à s'aliter : violentes douleurs au bas-ventre, surtout du côté droit, avec retentissement dans la région des reins et de la cuisse droite. En même temps fièvre (jusqu'à 40°) et vomissements.

Depuis trois mois, métrorrhagie légère et continue avec redoublement environ deux fois par mois. (Pas de commémoratifs nets au point de vue de la blennorrhagie.)

Examen. — Utérus en rétroflexion adhérente. A droite, on trouve une tumeur du volume d'une grosse mandarine, dure, dans laquelle se sentent comme mastiquées les annexes dures également et épaissies. A gauche, tumeur un peu moins volumineuse, plus mobile, très douloureuse.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 29 octobre 1892. — 1° Curettage et cautérisation de la muqueuse utérine au moyen d'une solution de chlorure de zinc au 1/10ᵉ.

2° Hystérectomie vaginale. Au cours de l'opération, le bistouri ouvre successivement dans le cul-de-sac droit deux poches contenant un liquide séro-purulent. Le pyosalpinx est décortiqué complètement: Ablation complète des annexes gauches (petit pyosalpinx).

Durée : 35 minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, ablation des pinces au bout de 48 heures, des éponges le quatrième jour.

Aucun incident. La malade se lève le vingtième jour et part complètement guérie le trentième jour.

Revue en janvier 1893. Bouffées menstruelles pour lesquelles on fait une saignée. Très bien pendant quatre mois.

3 décembre 1893. — Poussées congestives aux seins, céphalalgie légère. États général et local parfaits. État génital parfait. Guérison absolue.

Observation 107 (Le Moniet)

Abcès pelviens. — Opération de Péan. — Guérison.

Mᵐᵉ Bod..., âgée de 40 ans, entre le 28 septembre 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement, écoulement peu abondant. Durée, trois ou quatre jours ; jamais de grossesse.

En 1873 (à 20 ans) fausse couche de six mois. Depuis cette époque, la malade n'a jamais été bien portante. Néanmoins, elle continue son train de vie ordinaire et prend beaucoup d'exercice : Équitation, voyages : elle est allée plusieurs fois aux Indes anglaises, où elle a passé en tout une période de treize ans. A eu plusieurs fois la fièvre des Indes.

En 1885 (à 32 ans), les règles deviennent irrégulières ; trois ou quatre fois par mois, écoulement de mucus épais, fétide, blanc-jaunâtre ; les règles sont interrompues pendant deux ou trois mois.

En 1889 (à 36 ans) métrorrhagies assez abondantes, sans interruption pendant six mois. A cette époque, la malade, de retour à Londres, fut traitée par des injections chaudes et l'électricité (quatre séances). A la suite de la dernière séance : état fébrile qui a duré environ cinq semaines entières, caractérisé par ballonnement du ventre avec douleurs vives. Les métrorrhagies alors ont cessé.

État actuel. — Au commencement de septembre 1892, la malade a été prise d'un tremblement très fort avec fièvre, vomissements et douleurs abdominales vives. En même temps, réapparition de métrorrhagies avec écoulement de mucus jaunâtre. Sensation de cuisson au commencement de la miction.

Examen du 1er octobre. — A la palpation, le ventre est douloureux. Par le toucher vaginal sous le chloroforme on sent un utérus énorme enclavé, remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Ecoulement extrêmement purulent et fétide.

Induration étendue dans les deux culs-de-sac. Col mou, admettant après la dilatation la pénétration du doigt qui sent une tumeur dure, déplaçant à gauche la cavité utérine et occupant le cul-de-sac droit. On avait pensé d'abord à un épithélioma du corps. L'hystéromètre entre à gauche de 8 centimètres.

Curettage. 1er octobre. Drainage avec gaze iodoformée et tampon vaginal. Température, 37° les premiers jours.

Du 3 octobre au 7 octobre, légère ascension de la température dans la soirée (38°) avec rémission matinale. Comme d'ailleurs l'état général est satisfaisant, on pense d'abord à de légers accès de fièvre auxquels la malade a été sujette dans les Indes. Traitement : Purgatifs, sulfate de quinine.

Mais le 8 octobre, l'état général est moins bon, la malade souffre davantage. A l'examen au spéculum on ne trouve rien du côté des annexes ; l'utérus est antéflexion très accentuée, on introduit à grand peine une mèche de gaze iodoformée.

Le 10, au matin. Douleurs très vives dans les régions abdominale et lombaire. Température, 37°,8. Vomissements bilieux. Ventre très douloureux à la pression, mais souple. Constipation.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur

fluctuante à la place de l'induration constatée le 1er octobre. Ecoulement purulent excessivement fétide, mauvais état général.

Du 11 au 16 octobre. Continuation du mauvais état général. Facies grippé. Douleurs abdominales vives. Vomissements bilieux assez fréquents. Constipation ne cédant qu'à des lavements répétés. Grande gène pour aller à la garde-robe, sensation de cuisson pendant toute la miction. Fièvre le soir avec rémission matinale.

Traitement. Glace sur le ventre. Lavements. Piqûres de morphine.

Du 16 au 22 octobre : Amélioration. Température normale. Diminution des douleurs et des vomissements.

Du 22 au 29 octobre : Recrudescence des douleurs abdominales (élancements vifs) avec vomissements glaireux. Température voisine de 40° tous les soirs avec rémission matinale. Constipation opiniâtre.

Ventre souple et peu douloureux à la pression, sauf dans la fosse iliaque droite.

Examen du 29 octobre. — Utérus enclavé remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. A droite on sent une tumeur dure ayant un volume à peu près égal à celui des 2 poings et parfaitement facile à sentir dans la fosse iliaque droite.

A gauche, on sent une tumeur dure, grosse comme le poing.

Hystérectomie vaginale, le 29 octobre 1892. — *a*, Curettage de l'utérus, l'hystéromètre pénètre de 10 centimètres. — *b*, Hystérectomie. Morcellement et évidement. Il sort environ un demi-litre de pus, surtout du côté droit. Au fur et à mesure qu'il s'écoule, on sent que la tumeur siégeant auparavant dans la fosse iliaque droite s'affaisse, et après complète évacuation, il ne reste plus qu'une sorte d'empâtement dû à la coque dans laquelle le pus était collecté. Pus blanc jaunâtre, épais et extrêmement fétide.

L'hémostase étant assurée, tamponnement vaginal avec 8 éponges saupoudrées d'iodoforme.

Une sonde de de Pezzer étant mise en place, il sort de la vessie quelques gouttes d'urines fortement teintées de sang. On injecte par la sonde de l'eau boriquée dans la vessie, elle sort en grande partie par le vagin.

Mise en place d'une sonde de Sims.

Durée 40 minutes. Cinq pinces.

Suites opératoires. — Les jours suivants : pas de fièvre, la malade est assez faible, mais l'état général est satisfaisant, l'urine sort presque entièrement par la sonde ; au bout de quelques jours il en sort à peine par le vagin.

Ablation des pinces au bout de 48 heures et des tampons le 3e jour.

Du 3 au 7 novembre : légère aggravation de l'état général : Ventre douloureux. Température, 38°6 à 38°4.

Le 8 novembre. Amélioration qui se continue les jours suivants. L'état général devient excellent. Il ne reste plus que la fistule vésico-vaginale.

Fistule vésico-vaginale. — Du 4 au 17 novembre on note exactement la quantité d'urine rendue par l'urèthre. Il n'en suinte plus qu'une faible quantité par le vagin, mais elle reste constante à partir du 12.

Le 27, examen au spéculum : Fistule vésico-vaginale située dans la partie tout-à-fait supérieure et gauche du vagin. Permet facilement l'introduction de la pulpe de l'index.

Première opération. — Le 8 décembre : Occlusion de la fistule. Avivement rendu très difficile à cause de la profondeur. Suture avec 7 fils d'argent de moyen calibre. Les extrémités des fils sont réunies en bouquet à l'extérieur du vagin. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée.

Le septième jour : Ablation des fils par détorsion (très douloureuse), le lendemain et jours suivants suintement de l'urine par le vagin ; reste une fistule moins grande que la précédente mais par laquelle l'urine s'écoule toujours.

Deuxième opération. — Le 26 décembre, durée : 1 heure. — Avivement. Sutures avec 6 fils d'argent. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée. Mise en place d'une sonde de Sims.

Renouvellement du tamponnement vaginal tous les trois jours.

Jeudi 5 janvier 1893 : Ablation des fils d'argent. Introduction dans la vessie d'une sonde en caoutchouc par laquelle on injecte 40 à 50 gr. d'eau boriquée. Pas le moindre suintement par le vagin. Toute l'eau boriquée ressort complètement par la sonde. Tamponnement vaginal. Réunion parfaite.

Guérison. — La malade sort le 17 janvier 1893. Le vagin est profond de 0, 06 à 0, 07 centimètres et la vessie fonctionne très bien.

La malade, revue 15 jours plus tard, se dispose à partir pour l'Angleterre. Son état est excellent.

En mars 1894. État merveilleux. Guérison absolue.

Observation 108 (Le Moniet)

Hématocèle suppurée. — Opération de Péan. — Mort le 10e jour.

La nommée L..., âgée de 23 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 2 novembre 1892, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans. Régulièrement. Écoulement abondant. Durée, cinq jours.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Le 20 juillet 1892, la malade (mariée du 18) a eu ses règles aussi régulières et aussi abondantes que d'ordinaire. Le 14 août 1892, aussi.

Le 7 septembre, pendant deux jours, il s'est produit un écoulement sanguinolent insignifiant.

Le 7 octobre, pendant deux jours, réapparition de cet écoulement insignifiant.

Le 20 octobre. Les règles sont revenues avec leur abondance ordinaire et ont duré cinq jours.

Enfin, du 5 au 7 novembre, la malade a encore perdu pendant deux jours un liquide blanchâtre strié de sang.

Le 9 octobre 1892, elle est prise brusquement de fièvre et de violentes douleurs dans le bas-ventre et les reins. Pendant les huit jours qui avaient précédé, elle avait une constipation opiniâtre et souffrait déjà dans les reins.

Elle s'est alitée à partir du 9 octobre. A la constipation du début a succédé une diarrhée intense pendant trois jours, puis de nouveau la constipation.

Un melœna dans la dernière semaine d'octobre.

Depuis le début de sa maladie, traitée par lavements, injections vaginales et cataplasmes sur le ventre.

Etat actuel : On sent un empâtement de la région abdominale remontant sur la ligne médiane, depuis la symphyse jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Cet empâtement se prolonge à droite, dans la fosse iliaque, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

A gauche, il ne se prolonge guère qu'à trois travers de doigt de la ligne médiane. La fosse iliaque de ce côté est libre et peu douloureuse.

Examen. — Par le toucher, on sent l'utérus refoulé contre le sacrum. Col mou, un peu entr'ouvert. Utérus fixé ou très peu mobile. Les deux culs-de-sac latéraux (surtout le droit) et le cul-de-sac antérieur sont remplis par une tumeur de consistance dure et irrégulière dont la limite supérieure remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et qui paraît indépendante de l'utérus.

Opération (*12 novembre*). — M. Segond, pour conserver l'utérus, ne fait d'abord que l'incision du cul-de-sac antérieur. Après débridement, il fait pénétrer son doigt entre la tumeur et la face postérieure de la vessie puis dans la tumeur elle-même. Tout d'abord, il ne sent aucun liquide, mais en appuyant fortement avec le doigt, il fait sortir environ un verre à Bordeaux d'un pus jaunâtre, peu épais et fétide. Malgré cet écoulement, M. Segond sent avec le doigt la présence d'un tissu extrêmement dur

entourant l'utérus et trouve dans l'état des annexes les indications de l'hystérectomie.

Hystérectomie vaginale. — 1° Curettage. L'hystéromètre pénètre de sept centimètres.

2° Hystérectomie. L'utérus, très difficilement abaissable, est enlevé par morcellement, puis on tombe dans une poche adhérente de tous côtés et qui est complètement vidée.

Les annexes (ovaires et partie externe des trompes) ne sont pas enlevées.

Hémostase parfaite. Tamponnement avec trois éponges saupoudrées d'iodoforme et placées, l'une au-dessus, les deux autres au-dessous des pinces hémostatiques.

Durée : 35 minutes. 4 pinces.

Suites opératoires. — Pas de fièvre, malgré un état général peu satisfaisant. Au bout de 48 heures (14 novembre) on retire les pinces. Les éponges sont retirées le troisième jour.

Nuit du 14 au 15 : mauvaise, grande agitation, subdélire. Pas de vomissements. Le ventre n'est ni dur, ni douloureux.

Le mercredi 16, au soir, passage des matières fécales par le vagin.

Les jours suivants, jusqu'à la nuit du 23 au 24, où a lieu la mort, état général toujours mauvais. La température ne dépasse jamais 38°,2 ou 38°,4, mais le pouls est très fréquent (130-140 pulsations), ondulant, à peine perceptible; les matières fécales continuent de passer par le vagin.

Traitement suivi : alcool, champagne. Injections de sérum, de caféine, d'éther.

A partir des deux derniers jours : apparition d'un érythème généralisé marqué surtout aux membres, au thorax et à l'abdomen. Faciès coloré. Langue sèche, rôtie; diarrhée. Pas de vomissements. Ventre souple non douloureux. Pas de toux ni de dyspnée. Aucune lésion pulmonaire.

Mort le 23 novembre.

Autopsie. — Le 25 novembre.

L'incision sous-ombilicale montre l'intégrité absolue des couches de la paroi abdominale. Disparition totale du plastron constaté avant l'hystérectomie.

Le petit bassin est rempli par une poche purulente, largement ouverte en bas par l'opération.

Annexes non enlevées : les ovaires et les trompes se trouvent sur la limite de la cavité purulente, englobés dans les fausses membranes, mais encore faciles à reconnaître, bien qu'en partie détruits par la suppuration.

La poche est vide; sa surface externe adhère aux organes du

petit bassin ; l'interne est tomenteuse, irrégulière, avec un peu de pus concret.

Sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale, ecchymose au centre de laquelle une perforation admettant l'extrémité du petit doigt, livre passage aux matières par le vagin.

Pas de péritonite, sauf à la partie immédiatement contiguë à la poche. Anses intestinales libres partout ailleurs.

Pas de lésion des viscères.

Observation 109 (Personnelle).

Périmétro-salpingite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison opératoire complète. Morte de tuberculose pulmonaire au bout de 3 mois 1/2.

Mme Guitt., âgée de 26 ans, entre chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 12 novembre 1892.

Antécédents. — Réglée à 13 ans d'une façon normale, elle se marie à 20 ans. Souffre dans le ventre depuis son dernier accouchement il y a trois ans. Poussées aiguës. Ouverture à plusieurs reprises d'abcès dans le rectum.

Dernière poussée en septembre 1893, au cours de laquelle la malade fait une pleurésie. Soignée par le docteur Launois.

L'état général s'aggrave ; tous les soirs la température s'élève à 39° et au-dessus.

Constatation d'une énorme suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale, le 14 novembre 1892. — Morcellement et évidement. Ouverture de quatre poches contenant un pus horriblement fétide. L'une des poches située au-dessus de l'utérus se vide au moment où le fond est amené à la vulve. On crève aussi une poche de périmétrite séreuse. Pas d'ablation d'annexes.

Durée : 50 minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Chute de la température et état de bien-être notable le soir même de l'opération.

Les pinces et les tampons sont enlevés au bout de 48 heures.

Du dixième au quinzième jour, petite poussée pleurale.

La malade se lève le vingt-deuxième jour et rentre chez elle le 10 décembre, ne souffrant plus.

Son état local continue de s'améliorer de jour en jour ; mais l'état pulmonaire s'aggrave ; elle a des hémoptysies répétées et, le 21 février 1893, elle meurt de tuberculose pulmonaire.

Observation 110 (Le Moniet).

Hystérectomie complémentaire. — Pyosalpinx double. — Guérison.

La nommée G..., âgée de 38 ans, entre le 12 octobre 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 18 ans, toujours régulièrement. Pas de blennorrhagie.

En 1880, accouchement normal. De 1885 à 1887, 3 fausses couches successives (de 3, 4 et 6 mois).

En 1887, à la suite de la troisième fausse couche, péritonite. La malade resta longtemps alitée. 3 ou 4 mois après le début, issue abondante de pus par le rectum.

En 1888, laparotomie pratiquée par M. Terrillon, 8 mois après la péritonite.

Depuis, douleurs subaiguës continuelles du côté gauche. Leucorrhée légère. Jamais de métrorrhagies. Menstruation régulière.

Il y a 6 mois, à la suite d'un lavement, nouvelle issue de pus par le rectum.

Examen. — Utérus un peu immobilisé, gros, en rétroversion adhérente. Les deux culs-de-sac sont remplis par deux masses dures, bosselées, non fluctuantes.

Hystérectomie vaginale le 15 novembre 1892. — 1° Curettage et cautérisation intra-utérine avec la solution de chlorure de zinc au 1/10e.

2° Hystérectomie. — Morcellement et évidement. Pas d'incident opératoire. Les annexes sont enlevées. Des deux côtés les trompes contiennent un verre de pus non fétide. Les ovaires sont bourrés de kystes.

Durée : 25 minutes. 8 pinces et 4 éponges sont laissées en place.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température; 48 heures après l'opération, ablation des pinces. Pas d'hémorrhagie. Aucunes complications.

La malade se lève au bout de 17 jours. Elle est complètement guérie le 9 décembre 1892. Les douleurs ont disparu.

Cependant le ventre présente au niveau de la ligne blanche une petite hernie datant de la laparotomie antérieure et siégeant à son angle inférieur.

La malade, pressée de sortir, ne veut pas se laisser opérer de cette hernie.

Observation III (Le Moniet)

Ovarite suppurée. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée R..., âgée de 37 ans, entre le 7 octobre 1890, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, la menstruation, toujours régulière, parfois douloureuse, durait environ huit jours. Mariée à 30 ans. Six semaines après, fausse couche. Depuis, trois accouchements, les deux premiers sont normaux ; les deux enfants bien constitués sont encore vivants. Le troisième accouchement a vraisemblablement été le point de départ des lésions actuelles. Auparavant on n'avait jamais noté d'irrégularité menstruelle, ni d'écoulement leucorrhéique permanent. De temps à autre, cependant, mais depuis l'apparition des règles, la malade avait eu un peu de leucorrhée.

Cet accouchement a eu lieu le 27 février 1892. Présentation du tronc. Procidence d'un bras, paraît-il, version, extraction du fœtus très pénible et mort de l'enfant, venu à terme, au bout de vingt-trois jours. Les jours suivants, fièvre, frissons, ventre douloureux et vomissements.

La malade doit rester couchée six semaines. Deux mois après l'accouchement, rechute à la suite d'une promenade en voiture. Les mêmes symptômes réapparaissent mais un peu atténués.

Encore quinze jours de lit.

Depuis ce moment, la menstruation est très irrégulière, il n'y a que deux époques menstruelles du 29 février au 7 octobre, date d'entrée de la malade à la maison Dubois.

Le 15 septembre 1892, au moment de la seconde période menstruelle, apparition de la fièvre, de violentes douleurs abdominales, de vomissements avec ballonnement du ventre. Cette pelvi-péritonite est traitée en ville par des onctions d'onguent mercuriel belladoné et des vésicatoires sur le ventre.

La malade, au moment de son entrée à Dubois, est dans une période de calme. Les phénomènes aigus ont disparu, mais le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, et cette douleur est assez vive pour rendre la marche impossible.

Il n'y a plus de fièvre ni de vomissements.

Examen. — Le ventre ne présente rien de particulier ; peu de ballonnement, mais partout sensibilité assez vive et à droite forte douleur à la pression. Au toucher, l'utérus de moyen volume est trouvé mobile et en antéflexion légère. Les annexes gauches sont volumineuses, de la grosseur d'une mandarine, donnant la sensation d'une collection liquide, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas. Elles sont un peu mobiles, très douloureuses.

Les annexes droites sont un peu moins grosses, mais très sensibles à la pression, très élevées et assez mobiles.

La malade est mise au repos absolu pendant quinze jours avec injections vaginales antiseptiques très chaudes, glace sur le ventre et purgatifs légers, tous les deux jours.

Curettage le 20 octobre 1892. — L'hystéromètre pénètre de 8 cent.; après le curettage, qui se fait sans abaissement de l'utérus, écouvillonnage à la glycérine créosotée et pansement intra-utérin qui est renouvelé plusieurs fois les jours suivants. Pas d'amélioration. Le peu de succès des traitements antérieurs, la bilatéralité non douteuse des lésions font décider l'hystérectomie.

Hystérectomie vaginale le 16 novembre 1892. — Morcellement; après l'utérus, l'ovaire gauche est enlevé. Il est de la grosseur d'une mandarine et rempli de petits abcès.

L'ovaire droit très haut situé est abaissé avec le doigt et maintenu par une pince de Museux. Avec cet ovaire vient une anse intestinale, à laquelle il adhère très intimement par une large surface. M. Segond dissèque l'ovaire aux ciseaux et respecte la partie immédiatement unie à l'intestin. Après désinfection au sublimé, l'anse intestinale est abandonnée dans la cavité abdominale.

Les deux trompes enlevées n'étaient pas purulentes, mais indurées et augmentées de volume.

Durée : trente-cinq minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération sont aussi simples que possible. Aucune complication ; comme d'habitude, on enlève les pinces le deuxième jour, les éponges iodoformées qui constituent le pansement vaginal le troisième jour. La température, qui était restée normale après l'opération, monte à 38°4 et à 38°6 le sixième et le septième jours, mais elle retombe aussitôt à 37°.

La malade se lève le quinzième jour, elle commence à marcher le seizième et sort le vingt-quatrième complètement guérie. Le ventre est souple, et la palpation ainsi que le toucher vaginal ne réveillent aucune douleur.

Revue en février 1894. Etats local et général parfaits. Poussées congestives du côté des seins. Guérison complète.

Observation 112 (Le Moniet)

Pyosalpinx droit. — Abcès de l'ovaire gauche. — Opération de Péan. Guérison.

Mme Mal..., âgée de 47 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 29 octobre 1892, service de M. le docteur Segond.

La malade, entrée d'abord chez M. Lecorché pour de l'entérite chronique, vient ensuite dans le service du docteur Segond pour une lésion des annexes.

Antécédents. — Réglée à 11 ans 1/2. Deux grossesses et une fausse couche de six mois.

En 1872, premier accouchement.

En 1874, deuxième accouchement.

A la suite, au dire de la malade, prolapsus utérin et port d'un pessaire.

En 1880. Les règles avancent de dix à douze jours et doublent de durée, en même temps qu'apparaissent de violentes douleurs abdominales.

La malade est traitée à ce moment pour une métrite et une salpingite gauche.

En 1887. Ces symptômes s'aggravent et nécessitent un curettage à Versailles. A la suite, amélioration très marquée.

L'été dernier, en avril, elle est reprise des mêmes accidents que précédemment, en même temps d'une entérite qui présente plusieurs rechutes. La marche est très difficile à cause des douleurs abdominales. Les règles sont très irrégulières et très abondantes.

Examen. — Le toucher montre un utérus petit en antéflexion avec un fond globuleux qui ressemble à un petit fibrôme formant saillie.

Les annexes gauches sont adhérentes, volumineuses. Les annexes droites, également assez grosses, sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

Hystérectomie vaginale le 19 novembre 1892. — 1° Curettage. Hystéromètre = 0,08. Cautérisation avec du chlorure de zinc au 1/10e.

2° Hystérectomie. Au cours de l'opération, évacuation d'une collection purulente située dans le cul-de-sac latéral droit et donnant issue à deux cuillerées à soupe environ de pus. Cet abcès dépend des annexes droites que M. Segond n'enlève pas.

Ablation d'un fibrôme fixé sur le fond de l'utérus et ayant à peu près le volume d'une mandarine. Ablation des annexes gauches. La trompe est augmentée de volume, l'ovaire est réduit à une simple coque membraneuse enveloppant une collection purulente.

Pansement habituel.

Durée : 35 minutes. Neuf pinces.

Suites opératoires. — Des plus simples. La température n'atteint qu'une fois 38° le cinquième jour.

Les pinces sont retirées seulement au bout de cinquante-trois heures, la malade les a très bien supportées.

Les éponges sont enlevées le troisième jour.

Très bon état général. La malade peut se lever le quinzième jour et elle sort le 19 décembre, complètement guérie.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 113 (Personnelle)

Hystérectomie complémentaire. — Pyosalpinx gauche. — Guérison.

Mme Poup..., âgée de 32 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 12 novembre 1892, dans le service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement, quelques douleurs au moment des règles.

Mariée en 1887, souffre de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite.

En 1888, accouchement par M. Champetier de Ribes, avec l'aide du forceps. Au huitième mois de sa grossesse, à la suite d'une chute, elle reste quelques jours au lit et perd un peu de sang. A ce moment elle observe une tumeur. Retour de couches normales à six semaines. Constipation opiniâtre d'habitude. Le 21 novembre 1888, est opérée par M. Labbé qui lui retire, par laparotomie, une trompe ressemblant, dit la malade, à un petit éléphant ?

Elle souffre toujours dans le côté droit, se plaint d'une sensation de poids sur le rectum.

Au mois d'octobre, péritonite.

Examen. — A son entrée dans le service (12 novembre 1892) elle souffre énormément du côté droit. L'utérus est gros. Pesanteur dans le petit bassin et sur le rectum. Les annexes droites forment une tumeur très adhérente à l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 14 décembre 1892. — Morcellement et évidement. Au niveau de la corne utérine, fibrôme du volume d'un petit œuf; la trompe gauche, du volume du pouce, contient du pus non fétide.

Durée : 20 minutes. Quatre pinces.

Suites opératoires. — Nulles.

A noter le troisième jour la production d'une escharre sacrée droite, (decubitus aigu). Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident. La malade se lève le vingt-et-unième jour et part, complètement guérie, pour Le Vésinet, au bout de six semaines.

Revue en février 1894. Etats général et local parfaits.

Observation 114 (Le Moniet)

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse droite. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Art..., âgée de 26 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 4 octobre 1892, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 18 ans, d'abord très régulièrement. Après les premières époques, intervalle d'un an sans règles, puis retards très fréquents.

En 1889, accouchement normal. La malade se lève 8 jours après et commet des imprudences. Il reste de la leucorrhée mais aucune douleur.

En décembre 1891. Fausse couche de 3 mois provoquée. A la suite, série de méthrorrhagies. La malade doit rester alitée 3 mois.

En mai 1892. Poussée de pelvi-péritonite, qui dure trois semaines : Fièvre violente, douleurs suraiguës, constipation. En même temps, symptômes de cystite et d'uréthrite.

Depuis, menstruation très irrégulière : plusieurs pertes par mois ; dans l'intervalle, écoulement rosé.

Douleurs dans les reins, le bas-ventre et la cuisse gauche. Il y a un mois, au commencement de septembre, nouvelle poussée de péri-métro-salpingite, qui n'est pas encore terminée au moment de l'entrée de la malade à Dubois.

Examen. — Les symptômes généraux ont presque totalement disparu. Plus de fièvre.

Les symptômes fonctionnels sont très atténués. La douleur seule persiste encore assez marquée pour rendre la marche presque impossible. Le ventre est douloureux à la pression, surtout à gauche, et un peu ballonné.

Au toucher, l'utérus, assez gros, et encore mobile, présente un col gros entr'ouvert.

Les annexes gauches sont grosses, dures et adhérentes. Les annexes droites sont moins atteintes. Cependant leur volume est augmenté, elles sont dures mais paraissent peu mobiles.

Hystéromètre = 0,08. Pas de déviation utérine.

Curettage sans abaissement de l'utérus. — Un mois de repos au lit avec injections intra-utérines de teinture d'iode et drainage utérin. Aucune amélioration locale. Toujours douleurs à gauche.

Mêmes lésions au toucher. État général très bon. Le curettage n'ayant pas donné le résultat attendu, M. Segond conseille l'hystérectomie vaginale.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale le 15 décembre 1892. — Examen sous-chloroforme : Utérus mobile, en rétroversion légère. Annexes gauches, du volume d'une mandarine, adhérentes et assez élevées. Annexes droites, plus petites et adhérentes.

1° Curettage utérin et cautérisation au chlorure de zinc au 1/10.
2° Hystérectomie vaginale.

Utérus enlevé par morcellement sans difficulté. Annexes gauches adhérentes, sont décollées facilement, mais une collection purulente siégeant au niveau de l'ovaire, crève pendant leur extirpation. Annexes droites sont également enlevées, ovaire scléro-kystique. Trompe hypertrophiée, avec épaississement des parois. Pas de purulence.

Durée : 30 minutes. 5 pinces.

Pansement vaginal avec 4 éponges iodoformées.

Suites opératoires. — Très simples, sauf quelques attaques hystériformes. La malade ayant présenté de tout temps des phénomènes nerveux très marqués, notamment des mouvements choréiques du côté droit.

Le 17 décembre. On retire les pinces, petite hémorrhagie qu'un tamponnement suffit à arrêter.

Le 18 décembre, enlèvement des éponges. Aucune complication fébrile, un seul jour la température a atteint 38° 4.

La malade se lève le quinzième jour et sort le 17 janvier, très bien portante.

Revue quinze jours plus tard, elle se disposait à partir pour le Midi. Nouvelles en mars 1894. États général et local excellents. Guérison absolue.

Observation 115 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Laur..., âgée de 35 ans, entre à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard, le 10 décembre 1892.

Antécédents. — Réglée à 17 ans 1/2, très abondamment, régulièrement.

Mariée à 20 ans, premier accouchement à terme, enfant mort; à 22 ans, accouchement, enfant mort; à 24 ans, accouchement à terme, au forceps, enfant mort. Péritonite consécutive, durée trois mois.

En 1882, à 25 ans, hématocèle rétro-utérine et pelvipéritonite. 60 vésicatoires en huit mois.

Règles toujours régulières et abondantes, mais douleurs vives à ce moment.

De 1884 à 1887, est soignée pour un ulcère du col.

Douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans la jambe droite.

En 1888, 1889, 1890, 1891, 1892. Une péritonite chaque année (au dire de la malade).

Nouvelle péritonite au mois d'août, avec douleurs dans la fosse iliaque gauche. Métrorrhagie d'une durée de 10 jours.

Elle a de nouveau une poussée aiguë en septembre.

Total : 12 poussées aiguës de 1882 à 1892.

Elle entre à Baudelocque le 10 décembre 1892, envoyée par le docteur Hamon, qui l'a soignée depuis le 10 août 1892 (révulsifs, injections de sérum, etc.).

Examen. — Utérus en antéversion. A gauche, tumeur volumineuse fluctuante douloureuse, immobile, remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis. A droite, tumeur plus rénitente du volume d'une grosse orange.

La malade est très affaiblie; elle a tous les soirs de la fièvre, 38°,4 à 39°. L'inappétence est complète.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 21 décembre 1892. — Morcellement et évidement. Ouverture de deux poches tubaires contenant, celle de gauche, un demi-litre de pus fétide; celle de droite, un grand verre. Ablation complète des annexes.

Durée : 40 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Chute de la température le soir même de l'opération. Aucune réaction du pouls. Ablation des pinces et des tampons après 48 heures.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le vingt-et-unième jour et part guérie au bout d'un mois.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 116 (Le Moniet)

Fibrôme utérin. — Pyosalpinx droit. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Hu..., âgée de 38 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 1er décembre 1892, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Premières règles à 12 ans, régulières. Coliques à chaque époque. Durée, quatre ou cinq jours.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

En 1886, légère dyspnée. Métrorrhagie peu abondante pendant trois

semaines. A cette époque : ergotine en injections sous-cutanées et en lavements. Puis traitement à l'électricité, pour corps fibreux diagnostiqués, trente à quarante séances.

En janvier 1892, crises douloureuses subites accompagnées de contractions utérines. Injections de morphine.

En août 1892. Début d'une métrorrhagie qui dure encore. Depuis le 15 novembre environ : douleurs abdominales s'exaspérant par crises fréquentes, durant jusqu'à trois et quatre heures.

Dernières règles le 14 novembre.

Examen (10 décembre 1892).— Au toucher, on sent, indépendamment des corps fibreux, une tumeur dure, pas fluctuante, ayant à peu près le volume d'une mandarine et bombant dans le cul-de-sac postérieur. Col de l'utérus rejeté en haut et à droite. Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Incision du cul-de-sac postérieur. — Après l'incision, il sort environ un demi-litre de pus blanc-jaunâtre et extrêmement fétide. Lavage de la plaie et mise en place d'un drain en T en caoutchouc. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Après l'opération, les crises de douleurs abdominales diminuent de fréquence et d'intensité pendant sept à huit jours, en même temps que s'abaisse la température. Mais bientôt, elles redeviennent aussi fréquentes et aussi aiguës que primitivement, se font sentir surtout le soir et pendant la nuit.

Le 25, état de faiblesse assez prononcé, exaspération des douleurs : Onctions belladonées calmantes.

Deuxième opération : le 29 décembre 1892. Au toucher, utérus gros, adhérent de tous les côtés, remontant jusqu'à trois travers de doigt au dessus de la symphyse ; dans le cul-de-sac droit : tuméfaction des annexes.

Hystérectomie vaginale. — 1° Curettage : hystéromètre pénètre de 13 centimètres. Beaucoup de fongosités utérines. Écouvillonnage avec chlorure de zinc à 1/10e.

2° Hystérectomie : utérus difficilement abaissable, dès le début de l'opération : petites hémorrhagies difficiles à arrêter.

Ablation par morcellement d'un utérus fibreux dont le tissu friable se déchire assez facilement sous les pinces et au milieu duquel s'étaient développés trois corps fibreux à tissu blanc, dur et résistant, dont le plus gros avait le volume d'une orange.

Poids de la tumeur : utérus et corps fibreux = 670 grammes.

Ablation des annexes. — Peu de lésions à gauche. Les annexes droites sont purulentes avec de petits abcès et englobées dans des fausses membranes qui limitent la collection purulente évacuée par l'incision du cul-de-sac postérieur (du 10 décembre).

Durée : une heure un quart. Huit pinces.

Suites opératoires. — Après l'opération, grande faiblesse accompagnée de douleurs abdominales très vives. (Injections de sérum et de caféine, champagne). Le soir, la température monte à 38°6 et s'y maintient pendant deux jours. Deuxième jour, ablation des pinces, et le troisième jour ablation des éponges.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore, les douleurs diminuent d'intensité. Jamais de ballonnement du ventre ni de vomissements.

La convalescence se continue très régulièrement et n'est entravée que par une bronchite qui a duré sept à huit jours.

La malade est complètement guérie le 19 janvier 1893.

Morte de tuberculose pulmonaire le 20 juin 1893.

Observation 117 (Le Moniet)

Kystes suppurés des deux ovaires. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Jag..., âgée de 37 ans, est entrée dans le service de M. le docteur Segond, le 21 décembre 1892, venant du service de M. Nélaton (Maison municipale de Santé).

Antécédents. — Réglée à 16 ans. Menstruation toujours abondante, 5 à 10 jours, et jamais bien régulière, tantôt avançant, tantôt retardant. Jamais d'accouchement à terme ni de fausse couche. Aucune trace de blennorrhagie.

Depuis deux à trois mois, ménorrhagie. Les règles durent dix jours, très abondantes. Dans l'intervalle, écoulement muco-purulent.

En novembre, métrorrhagie dans l'intervalle de deux périodes menstruelles. Douleurs lombaires et abdominales, siégeant surtout à droite, très vives au moment des règles.

Aucun autre symptôme. Rien dans les urines (coliques néphrétiques il y a deux ans).

Examen. — Au toucher, à droite, tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante par places, remplissant le cul-de-sac latéral et refoulant l'utérus en avant et à gauche.

A gauche, tumeur pédiculée.

Hystérectomie vaginale, le 31 décembre 1892. — 1° Curettage et écouvillonnage intra-utérin au chlorure de zinc au 1/10e.

2° Hystérectomie. Utérus peu abaissable. Après l'ablation du col, évidement. Au moment où apparaît le fond de l'utérus, la tumeur droite est crevée et il sort deux verres de pus.

La tumeur pédiculée gauche descend en même temps que l'utérus. On l'incise et il en sort également une grande quantité de pus, environ un verre ou un verre et demi. On enlève facilement cette poche.

Quant à la poche droite, elle est facilement décortiquée après ablation du fond de l'utérus.

Durée, quarante minutes. Huit pinces et quatre éponges.

Suites opératoires.— Aucune complication. Aucune réaction du pouls. Température, 38°4 les soirs des 3e, 4e et 5e jours.

On retire les pinces au bout de quarante-huit heures et les éponges au bout de soixante-douze heures.

La malade se lève le 15 janvier et sort, complètement guérie, le 24 janvier 1893.

Revue en mars 1894. États général et local parfaits. Guérison. absolue.

Observation 118 (Le Moniet)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Lew..., âgée de 47 ans, entre le 20 décembre 1892, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, régulièrement, avec quelques douleurs, écoulement durant de 5 à 6 jours.

Pas de fausse couche, une grossesse à terme à l'âge de 21 ans. Accouchement normal sans accidents ni complications, la malade est levée dès le quatrième jour.

Depuis la grossesse, les règles ont été régulières : un peu de leucorrhée dans leur intervalle.

Il y a sept ou huit ans, douleurs abdominales, les règles deviennent plus douloureuses et durent huit ou dix jours. Écoulement leucorrhéique, quelquefois rosé, dans leur intervalle.

Au mois d'août 1892, à la suite de fatigues, violentes douleurs dans le bas-ventre plus marquées du côté droit. Un peu de ballonnement. Fièvre. Frissons. Constipation opiniâtre. Pas de nausées ni de vomissements.

Six semaines après le début, à la suite d'une purgation, ouverture d'un abcès dans le rectum. Depuis cette époque, la malade rend toujours un peu de pus par le rectum tous les huit ou dix jours. Le repos au lit est presque forcé, la moindre cause éveillant les douleurs et favorisant l'écoulement du pus.

Actuellement. Douleurs abdominales spontanées, surtout à droite. Règles toujours régulières, très peu de leucorrhée, sauf dans les jours qui les précèdent.

Ventre souple, sensible à la palpation dans la fosse iliaque droite. Pas à gauche.

Urines normales.

Examen. — Utérus enclavé au milieu de deux poches ayant le volume : à droite d'une tête d'adulte; à gauche d'une grosse orange.

Hystérectomie vaginale le 7 janvier 1893. — 1° Curettage, écouvillonnage avec chlorure de zinc à 1/10e.

2° Hystérectomie. Pas d'abaissement. 1re étape ordinaire. Dans le cul-de-sac postérieur quelques fongosités. Evidement. Au moment où le fond apparaît on crève une poche péri-salpingienne qui laisse écouler un demi-litre de pus blanc, crémeux.

2e petite poche qui est crevée; elle contient un grand verre de pus.

3e poche : même quantité.

L'utérus enlevé, on décortique les deux annexes très adhérentes et l'on constate qu'il s'agissait d'un double oophoro-salpingite suppurée du volume d'une très grosse orange chacune. Ablation totale.

Durée : 50 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Très simples. Pas de fièvre. Pouls régulier. Le deuxième jour, ablation des pinces et le troisième jour des éponges.

La convalescence n'est entravée que par une poussée de bronchite aiguë qui, à un moment donné, avait fait penser à de la tuberculose. A partir du douzième jour, état général très bon. Sortie le 31 janvier 1893, guérie. Revue en mars 1894. Guérison parfaite.

Observation 119 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

La nommée Ped.., âgée de 34 ans, entre à la Clinique Baudelocque, service du professeur Pinard, le 16 janvier 1893.

Antécédents. — Réglée à 14 ans d'une façon normale. Pertes blanches depuis l'établissement de la menstruation.

Mariée en 1883. Trois accouchements normaux en 1884, 1886, 1888. Souffre dans le ventre depuis son dernier accouchement. Graduellement la marche est devenue extrêmement pénible, la station assise même est péniblement supportée. Les règles sont très abondantes, reviennent toutes les trois semaines, et la leucorrhée est abondante.

La malade se confie en avril 1892 aux soins du docteur Stapfer, qui constate une rétroversion adhérente et une double lésion des annexes. Il commence des séances de massage qui amènent un soulagement notable. Mais au mois d'octobre, obligée de monter fréquemment six étages, elle recommence à souffrir et réclame à tout prix une intervention. M. Stapfer l'envoie alors à Baudelocque.

Examen. — Utérus très gros, en antéflexion ; de chaque côté les annexes forment une petite tumeur du volume d'un petit œuf, assez mobile, peu douloureux.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale le 18 janvier 1893. — Procédé de Doyen pur : Ablation complète des annexes dont les adhérences épiploïques bilatérales sont détachées sous les yeux.

Les deux trompes contiennent du pus. Les ovaires sont bourrées de kystes.

Durée : 15 minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Hémorrhagie abondante dans l'après-midi. Se renouvelle le soir ; on l'arrête en resserrant toutes les pinces d'un cran et en tamponnant.

Injection, dans les vingt-quatre heures, de 250 grammes de sérum artificiel.

Température vespérale à 38° les soirs des deuxième, quatrième et cinquième jours. Pouls petit pendant trois jours. Ablation des pinces après quarante-huit heures, des tampons le sixième jour seulement.

La malade, très affaiblie par l'hémorrhagie, est remontée par des injections de sérum (900 grammes en douze jours).

Elle se lève le vingt-cinquième jour et quitte l'hôpital, guérie, le 1er mars.

Revue en février 1894. États général et local parfaits. Pas de bouffées menstruelles. Aucune modification de l'état génital. Guérison absolue.

Observation 120 (Le Moniet)

Pyosalpinx gauche. — Kyste de l'ovaire droit. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme An..., âgée de 34 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 24 janvier 1894, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Premières règles à 13 ans. Régulières, assez abondantes, peu douloureuses, durée : 7 à 8 jours.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

En 1878 (au moment du mariage), elle est prise de douleurs abdominales et irradiées vers les cuisses. Douleurs rachialgiques surtout. Menstruation toujours régulière mais leucorrhée dans l'intervalle des règles. On aurait constaté dès cette époque une antéversion de l'utérus et du catarrhe utérin.

En 1882, suppression complète des règles pendant 2 mois. Puis elles redeviennent régulières, mais ménorrhagies très abondantes.

Depuis 5 ou 6 ans, augmentation des douleurs rachialgiques, abdominales et lombaires. A plusieurs reprises, œdème des membres inférieurs.

Il y a 2 ans, on a trouvé de l'albumine dans les urines.

Depuis 4 mois, menstruation toujours régulière. Diminution de la leucorrhée, mais augmentation des douleurs. Depuis cette époque également la miction est très douloureuse.

S'est alitée depuis le 1er janvier : Troubles dyspeptiques fréquents. Vomissements.

Dernières règles terminées le 17 janvier.

A son entrée à Dubois, la malade présente les mêmes symptômes ; elle est très faible et sa température est très élevée : 39°8. L'urine contient une forte proportion d'albumine.

Examen. — 28 janvier 1893. Utérus faisant corps avec une grosse tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac latéral gauche.

A droite les annexes forment une masse dure, très douloureuse.

Hystérectomie vaginale le 28 janvier 1893. — 1° Curettage, puis écouvillonnage au chlorure de zinc à 1/10e.

2° Hystérectomie vaginale (Procédé Doyen pur) sans incidents.

Arrivé au fond de l'utérus, impossibilité d'abaisser franchement les annexes, alors libération de l'utérus par des pinces placées de haut en bas et ablation successive, suivant le procédé habituel, des annexes gauches (trompe remplie de pus et ovaire scléro-kystique). Puis ablation d'un kyste de l'ovaire droit, gros comme le poing au moins, contenant du liquide roussâtre, sans trace de suppuration.

Annexes très adhérentes.

Au niveau du segment externe de la trompe, adhérences avec abcès tubo-ovarien.

Durée : 30 minutes, 8 pinces.

Suites opératoires. — Malade très faible et agitée, délire assez intense la première nuit. Langue sèche. La température reste le soir à 39°4 pendant les trois premiers jours, le pouls est à 120. Au bout de 48 heures, ablation des pinces. État général semble meilleur, la température est presque normale, mais la langue est toujours rôtie, et il existe encore un peu de délire. Du 1er au 8 février, symptômes d'agitation, probablement d'origine urémique.

La malade sort le 19 février, son état est très satisfaisant.

Revue en février 1894. Guérison absolue.

Observation 121 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Périmétro-salpingite suppurée. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme G..., âgée de 29 ans, entre le 17 janvier 1893, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Premières règles à 18 ans, régulières, peu douloureuses; durée, quatre ou cinq jours.

Premier accouchement il y a quatre ans. Sans accidents ni complications. A la suite, la menstruation redevient régulière, mais plus douloureuse.

Première fausse couche de trois mois, le 30 novembre 1892. Après la fausse couche, métrorrhagie assez abondante, qui a duré vingt-quatre heures, arrêtée par tamponnement. Cinq à six jours après la fausse couche, la malade a été prise d'un écoulement vaginal qui dure encore. Pus blanc-jaunâtre, épais, non strié de sang et non fétide.

En même temps, fièvre vive, pas de douleurs abdominales ni lombaires. Pas de vomissements.

Constipation opiniâtre. Mictions très douloureuses. Urines fortement colorées et fétides.

Il y a 10 jours, curettage de l'utérus. Depuis, la fièvre a continué. La température s'élève le soir à 39°. Douleurs abdominales, ventre un peu dur, mais pas de vomissements. Ecoulement de pus existe toujours.

31 Janvier. — Depuis son entrée à Dubois, état général peu satisfaisant. Température toujours élevée et douleurs abdominales.

Traitement suivi dès l'entrée : Injections continuelles de sérum artificiel. Injections vaginales chaudes.

Examen — Au toucher, sous le chloroforme, vagin étroit, utérus abaissé, complètement immobilisé, enclavé, impossible à distinguer des masses inflammatoires qui le cimentent de tous côtés. Col mou, légèrement entr'ouvert. Situé tout à fait en arrière.

Il semble que la poche fluctuante corresponde surtout au cul-de-sac antérieur.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 11 février 1893. — Incision du vagin, sans abaissement possible de l'utérus. Décollement au doigt en avant.

Première étape classique. On ouvre une cavité purulente en avant. Reprise sur le fond de l'utérus qui se déchire avant qu'il soit possible de poser des pinces de haut en bas sur le bord supérieur du ligament, mais

qu'on ressaisit facilement. L'utérus enlevé, on crève deux énormes pyosalpinx à pus fétide. Il est impossible d'enlever les annexes.

Ablation extra-péritonéale de l'utérus seul.

Durée, cinquante minutes. Cinq pinces courtes, trois à gauche, deux à droite.

Suites opératoires. — Enlèvement des pinces le 13 février. Lavages.

L'état de la malade est assez satisfaisant, bien qu'elle continue à perdre du pus en assez grande abondance.

L'état reste le même jusqu'au commencement de mars. A ce moment, la malade recommence à avoir de la fièvre et à prendre un aspect cachectique. Elle perd du pus en abondance.

La malade sort le 27 mars 1893, sans vouloir se soumettre à un nouvel examen.

Revue en avril 1894. Guérison absolue.

Observation 122 (Le Masson).

Infection puerpérale. — Infiltration purulente de tout le tissu cellulaire pelvien. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Complications infectieuses multiples. — Fistule recto-vaginale. — Guérison.

La nommée R...., Marie, âgée de 19 ans, entre le 10 janvier 1893, à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 15 ans, régulières. Ecoulement peu abondant. Peu douloureuses. Durée, deux jours. Pas de fausse couche. Une grossesse gémellaire de sept mois. Accouchement le 10 janvier 1893 sans accidents, ni complications (Clinique Baudelocque).

Le 13 janvier, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement, la malade est prise brusquement d'une fièvre intense (40°5). En même temps, douleurs vives dans la fosse iliaque droite et métrorrhagies assez abondantes.

Traitement. — Pavillon d'isolement. Application de douze sangsues. Irrigations continues (Biiodure de Hg).

L'état subaigu continue jusqu'au 7 février. A ce moment, la température redevient normale, l'état général est satisfaisant. Pendant cette période, le toucher révèle la présence d'un utérus immobile, enclavé; les culs-de-sacs latéraux et surtout postérieur semblent être remplis par une collection purulente assez abondante.

L'intervention est remise pour permettre à la malade de remonter son état général.

Diagnostic. — Pyosalpinx double. Pelvipéritonite suppurée.

Hystérectomie vaginale le 15 février 1893. — Friabilité exceptionnelle de l'utérus. A aucun moment de l'opération, il n'a été possible de suivre

un procédé opératoire quelconque. L'utérus se déchire sous la moindre traction. Ablation complète des annexes gauches, lesquelles sont représentées par une sorte d'éponge purulente sans beaucoup de pus (une cuillerée à café). Ablation des annexes droites malades enfermées dans de fausses membranes. Opération extrapéritonéale absolue. Immédiatement après l'opération, injection de 60 grammes de sérum artificiel.

Durée : une heure. Neuf pinces.

Suites opératoires. — Le 15 au soir, état général satisfaisant. Pas de fièvre. Pouls : 100. Injections de caféine (Évacuation de matières fécales par le vagin. Fistule recto-vaginale).

16 février. Température monte à 38°6 matin et 39°6 soir. Pouls : 160, langue sèche. Etat voisin de la septicémie. En présence de cet état, M. Segond fait remplacer la gaze iodoformée qui entoure les pinces hémostatiques. Traitement : Sérum 60 gr., caféine, deux injections à 0,25 centigr., champagne, glace.

17 février. Amélioration de l'état général. Fièvre moins intense. Cependant encore 150 pulsations. Ablation des pinces hémostatiques et de la gaze iodoformée. A partir de ce moment la malade est mise aux injections de biiodure (six par jour). Même traitement que la veille.

Du 18 au 22. Température vespérale : 39°4. Pouls : entre 130 et 120. Rien de particulier à noter.

22 février. Formation sur la cuisse droite et la fesse gauche d'abcès multiples, au niveau des piqûres produites par les injections de sérum et de caféine. Parmi ces abcès les uns se terminent par simple résolution sous l'influence de quelques pansements humides. Les autres, au nombre de trois, sont incisés (pansements humides). Une escharre fessière est combattue par des pansements humides et le matelas d'eau.

28 février. — Le soir frisson, point de côté ; le lendemain 1er mars : Pneumonie. La malade est transportée au pavillon d'isolement.

7 mars. La malade est prise de douleurs vives au niveau du pied et de la partie postérieure de la jambe. Œdème assez considérable. Phlébite de la jambe gauche.

13 mars. En même temps que s'améliore la jambe gauche, la droite se prend à son tour : un peu d'œdème périmalléolaire. Lésions moins étendues.

Du 15 mars au 9 avril. L'état reste à peu près stationnaire. Grande faiblesse de la malade. Anorexie à peu près complète. Anémie. La température oscille le plus souvent autour de 38°. Les matières fécales continuent de passer partie par l'anus, partie par le vagin.

10 avril. A partir de ce moment, l'état général devient meilleur, la

température est normale et s'y maintient. La phlébite a disparu mais la fistule recto-vaginale existe toujours.

25 avril. La malade se lève et commence à marcher. État général très satisfaisant. Convalescence.

Du 25 avril au 13 mai. Amélioration continue. Cependant, les matières fécales continuent de passer en partie par le vagin.

La malade part guérie perdant encore des matières par le vagin. Elle n'a pu être revue.

Observation 123 (Personnelle).

Pyosalpinx double. — Fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus. Opération de Péan. — Guérison.

Mme veuve Th. R..., âgée de 37 ans, opérée le 23 février 1893.

Antécédents. — Ascendants goutteux. Parents tuberculeux et très rhumatisants.

Enfance très maladive. Fièvre typhoïde des plus graves. Plusieurs angines, dont une diphtérique, variole, scarlatine, rougeole, etc., etc. A 7 ans rhumatisme dans le bras gauche ; maux de tête habituels violents, saignements de nez, palpitations, anémie jusqu'à l'époque de la menstruation, survenue à 14 ans 1/2, dans une crise très douloureuse, au moment de nouvelles douleurs rhumatismales au bras. Dès lors plus d'hémorrhagies nasales, mais des règles abondantes et assez douloureuses. Cependant l'état général s'améliore peu à peu et la santé devient parfaite.

Mariée à 18 ans ; dès les premiers mois, malaises, douleurs vagues dans le bas-ventre, puis une péritonite, dont la malade semble se remettre vite, mais qui laisse la santé troublée. Les époques deviennent plus douloureuses à 20 ans, des hémorrhagies surviennent et durent des mois entiers, puis une nouvelle péritonite se déclare très violente. La période aiguë passée, la malade reste huit mois au lit, avec de la pelvi-péritonite chronique. Depuis lors, après des périodes de rétablissement relatif, rechutes fréquentes et douleurs persistantes du côté droit. Quelques pertes blanches.

Fausse couche de sept semaines à 22 ans. A la suite, des accidents de péritonite se déclarent. Après la convalescence l'état reste stationnaire, puis s'améliore un peu, malgré des règles abondantes et très douloureuses et des rechutes.

A 27 ans, apparition d'une première crise de dysménorrhée pseudo-membraneuse. Depuis, les crises de dysménorrhée se reproduisent de loin en loin. Pertes très fortes.

Vers 32 ans, les troubles pelviens s'atténuent.

A 34 ans, endocardite, avec lésion mitrale et violente crise de dysménorrhée avec de l'urticaire (apparaissant à chaque maladie). Le docteur Bouilly diagnostique une salpingite suppurée et conseille d'attendre une année ou deux pour essayer d'éviter une opération à laquelle la malade ne se résigne pas, opération qu'il ne juge pas nécessaire d'ailleurs pour le moment. La malade se relève, engraisse et pendant une année elle se croit presque guérie. Mais à 36 ans les hémorrhagies deviennent intolérables, la dysménorrhée devient habituelle et horriblement douloureuse. Après une perte de quatre mois tenant la patiente au lit sans arrêt, le sang cesse pendant quelques jours. La malade en profite pour aller à Salies-de-Béarn, mais deux jours après son arrivée les hémorrhagies recommencent. Le docteur Ch. Lejard constate la présence d'un fibrôme dans l'utérus et d'une salpingite double. Après être restée alitée pendant un mois, le traitement de Salies peut être suivi pendant six semaines et la malade se trouve mieux, pour quelque temps seulement, car peu de jours après son retour à Paris, les pertes recommencent. La malade ne peut ni dormir ni s'alimenter, troubles douloureux du côté de la vessie.

M. Segond est appelé auprès de la malade, il diagnostique une double salpingite, peut-être kystique, et un fibrôme gros comme une mandarine de la paroi postérieure de l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 23 février 1893. — Morcellement et évidement sur la paroi antérieure : morcellement du fibrôme adhérent dans le cul-de-sac de Douglas. Ablation totale des annexes. Les trompes du volume du pouce contiennent du pus, bien lié, non fétide. Elles ont des parois dures, lardacées, très épaissies ; les ovaires sont très altérés, kystiques et œdémateux.

On résèque après ligature à la soie un fragment d'épiploon de l'étendue de la main, très adhérent à la paroi postérieure de l'utérus.

Durée : une heure ; dix pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures, les tampons le quatrième jour.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le vingtième jour et part guérie le vingt-troisième jour.

Revue en février 1894. Quelques douleurs vagues dans la région des annexes droites. D'ailleurs souplesse de toute cette région. Digestions toujours pénibles. Mais, dit la malade, je suis très bien portante.

OBSERVATION 124 (Personnelle) (1)

Pyosalpinx double ; le gauche fistuleux dans le vagin. — Opération de Péan évacuatrice. — Guérison. — Laparatomie exploratrice au bout de six semaines. — Guérison.

Mme Bellv..., âgée de 30 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 20 février 1893.

Antécédents. — Réglée à 15 ans d'une façon toujours régulière, elle fait successivement trois fausses couches de trois mois à 25, 26 et 27 ans. La première est suivie d'une pelvi-péritonite qui disparaît par le repos et le traitement médical. La deuxième se passe sans incident. La dernière, en septembre 1891, est suivie d'une pelvi-péritonite que le traitement médical n'améliore pas.

En janvier 1892, une collection purulente est incisée par le vagin. La malade est soulagée mais il persiste une fistule purulente vaginale. En mai 1892, la malade consulte, à Vienne, Chrobak, qui constate une double lésion des annexes, propose la laparotomie et, en présence du refus de la malade, se contente de dilater la fistule vaginale et de la toucher à la teinture d'iode.

Jusqu'en septembre 1892 la malade fut très améliorée, quand survint une nouvelle crise. Le Dr Jonnesco voit la malade en novembre 1892, diagnostique un pyosalpinx double et, dilatant le trajet vaginal, vide la trompe gauche ; sur ses conseils, la malade vient à Paris et consulte le Dr Segond, qui propose l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale le 24 février 1893. — Utérus inabaissable enlevé par morcellement et évidement. Ouverture du pyosalpinx gauche fistuleux qui contient encore un peu de pus. La trompe droite contient un verre à Bordeaux de pus ; elle est crevée. Au moment où, l'utérus enlevé, on va procéder à l'extraction des annexes, une pince se déclanche et il se produit une hémorrhagie épouvantable qui est arrêtée rapidement à l'aide d'une pince. Les annexes sont laissées en place.

Durée : 40 minutes. 7 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le quatrième jour. La convalescence marchait sans incident quand la malade (qui est sage-femme), apprend qu'on lui a laissé les trompes et les ovaires. Elle réclame alors une laparotomie pour l'en débarrasser : en vain on lui objecte qu'elle aura une guérison complète ;

(1) Rédigée d'après les notes obligeamment communiquées par mon collègue et ami le Dr Jonnesco, prosecteur à la Faculté.

que, du moins, elle doit attendre pour juger du résultat. Elle déclare ne pas vouloir retourner dans son pays, sans avoir subi une laparotomie. Devant une pareille résistance, M. Segond fait une laparotomie le 31 mai 1893. Il lui est tout-à-fait impossible de reconnaître et d'enlever les annexes. Il se contente de détruire des adhérences épiploïques et de réséquer plusieurs franges d'épiploon dégénéré. Le ventre est refermé sans drainage. Au bout de 8 jours les fils sont enlevés : la réunion est parfaite. Le 21e jour la malade se lève : elle est enchantée, ne souffre plus. Elle retourne dans son pays à la fin d'Avril.

Des nouvelles reçues en Février 1894 sont excellentes.

Observation 125 (Malherbe).

Pyosalpinx gauche. — Abcès de l'ovaire droit. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme D..., âgée de 40 ans, entrée à la Maison municipale de Santé, le 15 février 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — A 13 ans érysipèle de la face ; à 18 ans, pleurésie, fièvre typhoïde. Réglée à 16 ans, 3 enfants, une fausse couche.

Il y a dix ans, à la suite de cette fausse couche, douleurs dans l'aîne gauche et pertes rouges, ayant duré six mois. Depuis les règles ont été abondantes et ont duré plus qu'auparavant (8 jours), toujours précédées de douleurs dans l'aîne gauche.

La maladie actuelle a commencé, il y a trois mois, par une métrorrhagie survenue brusquement la nuit, à la suite d'une fatigue ; cette perte a duré un jour et s'est accompagnée de vives douleurs dans le ventre, irradiées à la vulve. Le lendemain, les douleurs étaient devenues insupportables et avaient leur maximum dans l'aîne du côté gauche. Elles se sont calmées depuis, mais l'état général s'est affaibli : inappétence habituelle, amaigrissement. De plus, l'écoulement menstruel s'est accompagné depuis ce laps de temps du rejet de caillots énormes. Sa durée est devenue de 10 jours.

Examen. — Au toucher, col petit, utérus immobilisé ; dans le cul-de-sac gauche on sent très nettement la trompe, grosse comme le pouce, douloureuse, facilement limitée entre le doigt et la main appliquée sur le ventre. Dans le cul-de-sac droit, immédiatement appliquée sur le côté de l'utérus, on sent une petite tumeur dure, de la grosseur d'une noix, qui semble être l'ovaire. En dehors, on sent une tumeur du volume d'une mandarine formée par la trompe.

Diagnostic. — Salpingite kystique double.

Hystérectomie vaginale le 25 février 1893. — Premier temps clas-

sique. Deuxième temps : morcellement de l'utérus par évidement conoïde. Troisième temps : du côté droit on enlève deux tumeurs : l'une est formée par la trompe épaissie et indurée, l'autre par un abcès de l'ovaire, elle est ponctionnée, et il s'en écoule un verre de pus ; du côté gauche, on enlève l'ovaire et la trompe qui contient une cuillerée à café de pus.

Durée : 25 minutes. Neuf pinces.

Suites opératoires. — Ablation des pinces au bout de 48 heures. Rien de particulier jusqu'au 7 mars.

Le 7 mars au matin, écoulement abondant de sang. Au spéculum, on voit, du côté gauche du vagin, saigner une artériole, dont les battements sont perceptibles à la vue et au toucher. Impossible de la pincer. Tamponnement à la gaze iodoformée, les jours suivants l'écoulement ne se reproduit pas. La malade se lève le vingtième jour et part le 25 mars 1893.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 126 (Malherbe)

Hystérectomie complémentaire pour un pyosalpinx droit chez une femme antérieurement laparotomisée pour un kyste de l'ovaire gauche. — Guérison.

M[lle] M...., âgée de 36 ans, entre le 1[er] mars 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Rien à noter, pas de pertes blanches, ni enfants, ni fausses couches.

Il y a un an, au mois d'août 1891, la malade s'aperçut que ses règles augmentaient en quantité et en durée ; au mois de septembre les pertes devinrent continuelles, la malade ne ressentait aucune douleur mais présentait seulement un état d'anémie assez prononcé ; à ce moment on fit à la malade un curettage à la suite duquel les pertes cessèrent pendant un mois.

Au mois de novembre suivant les pertes reprennent en très grande quantité et en même temps la malade commence à ressentir de violentes douleurs. Bientôt elle est amenée à ne pouvoir quitter le lit. Cet état persista jusqu'au mois de janvier 1892.

Le 30 janvier 1892. Laparotomie, ablation d'un kyste de l'ovaire gauche ; hystéropexie. — A la suite de l'opération l'état de la malade est assez satisfaisant, bien que les douleurs n'aient pas complètement disparu. Au mois de juillet les douleurs augmentent et se localisent principalement à droite. Depuis le mois de septembre les pertes ont recommencé en très grande abondance et n'ont plus cessé jusqu'au moment où la malade entre dans le service.

Examen sous le chloroforme. Col normal. A droite on sent une tumeur très augmentée de volume et très douloureuse.

Hystérectomie vaginale le 4 mars 1892. — 1° Curettage après dilatation extamporanée au moyen de dilatateurs gradués.

2° Hystérectomie. Première étape classique, évidement conoïde de la moitié antérieure, bascule antérieure. Hémostase de haut en bas. Au cours de l'évidement on enlève un petit fibrôme. L'ovaire droit, gros comme une noix, est scléro-kystique, la trompe contient deux cuillerées à bouche de pus.

Durée : 16 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures.

La malade se lève le vingtième jour et sort guérie le trentième jour.

Revue en avril 1894. États général et local parfaits.

Observation 127 (Malherbe).

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Fer...., Marcelle, âgée de 21 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 2 mars 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans; une seule grossesse à 19 ans, accouchement à terme. Pas d'accidents consécutifs. Malade très nerveuse.

La maladie actuelle a débuté il y a dix-huit mois environ. Douleurs du côté gauche, irradiées dans l'aîne et la région lombaire du même côté. Règles quelquefois douloureuses, peu abondantes, apparaissant toutes les trois semaines. De temps à autre, douleurs dans la miction. Curettée en mars 1892.

Examen. — Au toucher : col petit, conique; utérus en antéversion, mobile, les mouvements qu'on lui communique sont douloureux. Dans le cul-de-sac gauche, annexes assez volumineuses, douloureuses au toucher, facilement délimitables par le toucher et la palpation abdominale combinés. Le cul-de-sac droit est rempli par une tumeur du volume d'une mandarine, très douloureuse.

Hystérectomie vaginale le 4 mars 1893. — 1° Abaissement de l'utérus ; décollement des insertions vaginales ; 2° Incision bilatérale, évidement conoïde ; 3° Bascule du fond de l'utérus et des annexes. Celles-ci sont successivement saisies dans des pinces à cadre, placées perpendiculairement au bord supérieur du ligament large et incisées. Les 2 trompes contiennent du pus. Les ovaires sont scléro-kystiques

Durée : 11 minutes. 7 pinces. 4 mèches de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces le 6 mars. Dans les huit à dix jours qui suivent l'opération, la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre. Ces douleurs disparaissent progressivement.

La malade sort guérie le 27 mars 1893.

Observation 128 (Malherbe)

Grossesse tubaire droite de 2 mois 1/2. — Salpingo-ovarite gauche. Opération de Péan — Guérison.

Madame H..., âgée de 33 ans, entre le 4 mars 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée seulement à 19 ans, sans souffrances et régulièrement. Pas de pertes blanches. Fausse couche de 5 mois, ne ressent rien à la suite. Deux ans après un enfant né à 7 mois 1/2, suites de couches ordinaires. Il y a 4 ans, nouvelle fausse couche de 3 mois. A la suite de cette dernière, la malade perdit abondamment en blanc, mais cependant elle se remit bien et ne ressentit aucun trouble d'aucune sorte jusqu'à il y a 3 mois ; les règles étaient régulières et indolores.

Il y a 3 mois, la malade eut des pertes abondantes pendant 15 jours. Ces pertes cessèrent et depuis il y eut un arrêt complet des règles.

Un mois environ après ces pertes, la malade commença à ressentir de violentes douleurs, principalement du côté droit. La malade s'affaiblit rapidement, de sorte que, depuis 6 semaines, elle ne peut quitter le lit; ces douleurs étaient considérables. Elle entre dans un service de médecine au commencement de février. Traitement par les pointes de feu et application d'onguent mercuriel sur l'abdomen. Au moment de son entrée dans le service : fièvre tous les soirs, 38°5 à 39°, faiblesse générale.

Examen. — Abdomen distendu ; sous le chloroforme, on sent par le toucher le col gros, entr'ouvert. Utérus volumineux, enclavé au milieu de masses rénitentes qui l'appliquent contre la symphyse. Masse plus volumineuse et plus dure à droite qu'à gauche. A droite elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 11 mars 1893. — 1° Curettage, après

dilatation au moyen des dilatateurs gradués; hystéromètre = 7 centimètres.

2° Hystérectomie vaginale. — Incision du vagin et décollement en avant et en arrière sans ouvrir le péritoine. Première étape par résection transversale. Évidement conoïde de la paroi antérieure du corps. Hémostase par pinces placées de haut en bas.

L'utérus morcelé est mou et présente des parois épaisses de deux travers de doigt. Pas de décollement postérieur, on sent que l'utérus se continue avec la tumeur sentie à droite. C'est la poche de la grossesse extra-utérine. Ouverture de cette poche, ablation du fœtus et du placenta. Nettoyage de la poche d'où sortent de nombreux caillots. Le fœtus, long de 10 centimètres, paraît âgé de 2 à 3 mois.

Les annexes gauches sont prises au milieu de pelvi-péritonite.

Durée : 40 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part guérie au bout d'un mois.

Meurt au bout de 3 mois d'une affection pulmonaire aiguë.

Observation 129 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Utérus contenant des petits fibrômes interstitiels. Opération de Péan. — Guérison.

Madame P..., âgée de 34 ans, entre le 14 mars 1893, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis une dizaine d'années elle a de fréquentes poussées de salpingite qui, toujours, ont rétrocédé par le repos et le traitement médical. Depuis quelques années, ces poussées sont devenues plus fréquentes, plus rebelles au traitement, et le professeur Pinard a fait le diagnostic de pyosalpinx double avec utérus fibromateux. Il conseille l'hystérectomie vaginale, qui est acceptée et pratiquée par M. Segond.

Hystérectomie vaginale, le 17 mars 1893. — Morcellement et évidement laborieux à cause de l'enclavement de l'utérus. Les deux trompes, du volume d'une mandarine, sont enlevées en totalité ainsi que les ovaires.

Durée : 1 heure; 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3e jour.

A noter, à partir du 5e jour, un écoulement vaginal séreux très abondant qui dure un mois. On songea à une fistule vésicale, à une

fistule urétérale ; mais outre que la quantité d'urine expulsée par l'urèthre était normale, ce liquide, minutieusement analysé tous les jours par un des chimistes les plus éminents de Paris, n'avait aucun des caractères de l'urine.

Cette malade se leva au bout de 20 jours, et actuellement (mai 1894), sa guérison est absolue.

Observation 130 (Malherbe)

Pyosalpinx double, adhérent à droite à l'appendice cæcal. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Bar...., âgée de 45 ans, entre le 19 mars 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, trois couches normales, pas de fausse couche. Jamais malade.

La maladie a débuté il y a trois ans. Douleurs dans l'aine, assez vives, reviennent et disparaissent par intermittences. Léger écoulement leucorrhéique. Depuis trois semaines les douleurs sont devenues insupportables.

Examen. — Utérus mobile. Dans le cul-de-sac droit, tumeur. Cul-de-sac gauche souple. En raison des douleurs et de l'âge de la malade, bien que la lésion ne soit pas nettement bilatérale, on décide l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie vaginale, le 25 Mars 1893. — Procédé classique : Section transversale du col, évidement conoïde du corps. Ablation des annexes gauches, sans incidents. Ablation des annexes droites malades (ovarosalpingite suppurée) un peu compliquée par des adhérences avec l'appendice cœcal qui est amené au dehors, disséqué et réduit.

Durée : trente-trois minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures.

Pas d'incident de convalescence. La malade part guérie le 24 avril 1893.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 131 (Personnelle)

Pyosalpinx gauche. — Périmétro-salpingite suppurée. — Corps fibreux énorme. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Bry..., âgée de 45 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond, le 2 avril 1893.

Cette malade, réglée à 14 ans, d'une façon normale et régulière, s'est mariée à 20 ans et a eu trois fausses couches, dont la dernière il y a 15 ans. Depuis cette fausse couche, elle se plaint de douleurs pelviennes constantes, exaspérées au moment des règles. Celles-ci sont très abondantes, durent de 8 à 10 jours, et à plusieurs reprises la malade a eu des métrorrhagies dans leur intervalle. Les douleurs et les pertes ont pris une telle intensité qu'en novembre 1891, la malade voit M. Périer, qui diagnostique un volumineux fibrôme de l'utérus et conseille la castration. Cette opération permet d'enlever seulement l'ovaire droit ; le gauche ne peut être trouvé. La malade n'est pas soulagée par cette intervention, dont la convalescence se complique d'une phlébite du membre inférieur gauche. Elle garde le lit presque constamment et son état général s'affaiblit notablement. Elle consulte le docteur Apostoli qui, en présence de l'intolérance du traitement électrique, diagnostique une lésion des annexes et conseille de voir un chirurgien. La malade voit alors M. Péan, qui trouve l'état général trop mauvais pour tenter une opération radicale.

M. Segond, appelé, diagnostique un énorme corps fibreux remontant à mi-chemin du pubis et de l'ombilic, compliqué d'un volumineux pyosalpinx gauche.

Hystérectomie vaginale, le 5 Avril 1893. — Morcellement laborieux et évidement conduits sans incidents. Ouverture d'une énorme collection purulente non fétide dont la poche est en partie enlevée.

L'utérus, enlevé en 65 morceaux, pèse 1200 grammes.

Durée : 2 heures et demie, 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour. Le sixième jour, poussée de phlébite dans le membre inférieur gauche, autrefois atteint déjà de phlébite, actuellement à peu près disparue, mais dont la malade souffre encore ; elle ne se lève qu'au bout de 2 mois et demi.

Revue le 16 mai 1894. Se plaint encore de grande faiblesse dans la jambe gauche, de crises douloureuses du côté de la vessie. Elle a beaucoup engraissé et se trouve très améliorée. Guérison incomplète.

Observation 132 (Malherbe)

Pyosalpinx double adhérent à droite à l'appendice cæcal. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme F...., âgée de 36 ans, entre le 24 mars 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Règles toujours normales. Trois enfants ; couches normales. Il y a quatre ans, fausse couche à deux mois. A la suite de la fausse couche, la santé de la malade s'altère. Les règles apparaissent sans date fixe, en avance ou en retard. Elles sont douloureuses, durent huit jours en moyenne. Dans leur intervalle, écoulements variables (leucorrhée ou écoulement séro-sanguinolent). Constipation habituelle. Pas de fièvre le soir. Douleurs inguinales lombaires, avec irradiations dans les cuisses.

Examen. — Utérus en situation normale. A droite, les annexes forment une masse adhérente douloureuse, grosse comme une mandarine. A gauche, une tumeur un peu moins volumineuse, mais très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale, le 3 avril 1893. — 1° Incision transversale du col, décollement des insertions vaginales ; 2° Évidemment conoïde du corps, rendu difficile par la friabilité du tissu utérin. Des pinces sont placées sur le bord supérieur des ligaments larges, préalablement basculés avec le fond de l'utérus

3° Ablation des annexes du côte gauche, la trompe contient deux cuillerées à bouche de pus épais. L'ovaire est bourré de kystes.

4° Les annexes du côté droit forment, avec le ligament large du même côté, un magma infiltré de pus et relié à l'appendice cœcal par des adhérences, que l'on déchire avec les doigts. Elles sont enlevées complètement.

Durée : 40 minutes. 9 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Au bout de 48 heures, ablation des pinces. L'ablation de l'une d'elles (à gauche en arrière), est immédiatement suivie d'un écoulement de sang assez abondant, que l'on parvient pourtant à arrêter par simple compression ; tassement de mèches iodoformées dans le vagin. L'hémorrhagie ne se reproduit pas les jours suivants.

La malade part au bout d'un mois. En avril 1894, guérison absolue.

Observation 133 (Le Masson).

Salpingite interstitielle double. — Ovaires scléro-kystiques. — Prolapsus complet. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme G...., âgée de 50 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 3 avril 1893, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 16 ans 1/2. Pendant quatre mois, suspension de la menstruation ; à partir de ce moment elles devinrent

régulières, pas douloureuses. Une grossesse normale. Pas de fausses couches. A la suite de l'accouchement, à l'âge de 21 ans, la menstruation est redevenue régulière. Il y a huit ans, à la suite de grandes fatigues (la malade est porteuse de pain), début du prolapsus utérin. Cette malade dit qu'elle avait alors « la matrice entre les jambes » ; elle consulta une sage-femme qui lui fit porter un pessaire (probablement pessaire de Gariel). Port du pessaire pendant quatre ans environ. A ce moment, pas de douleurs abdominales ni lombaires. Il y a quatre ans : ménopause. A peu près à cette époque, la malade supprime son pessaire. Elle n'a pas de douleurs proprement dites, mais seulement un peu de courbature, de lassitude dans les jambes.

Il y a huit mois, leucorrhée abondante, sans métrorrhagie; en même temps quelques vomissements bilieux. Douleurs abdominales, lombaires et dans les jambes assez vives, quelquefois crampes. Pas de troubles urinaires. Rien au cœur.

Examen. — Dans les efforts de la toux sans douleur ni gêne pour la malade, l'utérus descend et le col surgit entre les grandes lèvres. Prolapsus complet dans les efforts plus considérables. D'ailleurs, la réduction est facile, mais douloureuse.

Les ovaires sont très nettement sentis ; il ont le volume d'un petit œuf et sont très douloureux. En résumé, c'est une femme à laquelle un laparotomiste pratiquerait une double salpingectomie et une hystéropexie.

Hystérectomie vaginale, le 12 avril 1893. — Pas de curettage préalable. L'abaissement de l'utérus est excessivement facile. Morcellement du col. Le reste de l'utérus est enlevé par un simple décollement du corps. L'utérus enlevé présente un allongement considérable du col et une atrophie manifeste du corps. L'hystéromètre introduit donne 15 cent., ainsi répartis : col de l'utérus, 11 cent., corps, 4 cent. (Les deux ovaires ont la grosseur d'un œuf de pigeon. Les deux trompes sont atteintes de salpingite interstitielle).

Durée : 15 minutes. 9 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls et de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 3 mai 1893.

S'est très bien portée jusqu'en septembre 1893. Elle meurt de pneumonie le 27 septembre 1893.

Observation 134 (Malherbe)

Kystes hématiques des deux ovaires. — Salpingite interstitielle double. Opération de Péan. — Guérison.

Mme F...., âgée de 49 ans, entre le 10 août 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 18 ans 1/2, régulièrement, mais toujours des règles très douloureuses. Pas de pertes blanches. Deux enfants. Le premier : couches difficiles, nécessitant l'emploi du forceps. Le second, il y a seize ans, insertion vicieuse du placenta, mort-né. Pas de suites de couches. Il y a sept ou huit ans, la malade commença à avoir d'abondantes pertes blanches, mais elle ne reporte qu'à deux ans la date du début exact de sa maladie. Depuis ce moment elle perd en blanc abondamment et ressent des douleurs assez violentes. Ces douleurs ne sont pas continues mais existent principalement lorsque la malade s'est fatiguée plus que d'ordinaire, ou vers la fin de la journée.

Le volume de l'abdomen n'a pas sensiblement augmenté. Douleurs dans le ventre et dans les reins. Comme autres antécédents on remarque que la malade a eu de fréquentes bronchites et est très nerveuse.

Examen. — On sent le col gros. Dans les culs-de-sac latéraux, on sent à droite, une tumeur assez volumineuse pouvant appartenir à la trompe ou à l'ovaire. A gauche, tumeur située comme la précédente, mais de plus petit volume.

L'utérus, mesuré à l'hystéromètre, a huit centimètres.

Diagnostic. — Salpingite kystique double.

Hystérectomie vaginale, le 15 avril 1893. — Curettage après dilitation extemporanée. Utérus hypertrophié, bourré de petits fibrômes. Trompe légèrement augmentée de volume. Deux poches constituées par des kystes hématiques de l'ovaire. Poche droite de la grosseur du poing. Poche gauche plus petite. A l'ouverture des poches, il s'écoule un liquide noirâtre sanguin, mais non purulent. Ablation complète des annexes. Toute la face postérieure de l'utérus est rugueuse et très adhérente au rectum. Pas d'incidents.

Durée : 15 minutes. Huit pinces.

Suites opératoires. — Deux heures après l'opération, la malade a une hémorrhagie qui nécessite le placement de deux nouvelles pinces et un nouveau tamponnement.

Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, pas de température. Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 9 mars 1893. Meurt d'apoplexie pulmonaire le 12 décembre 1893.

Observation 135 (Malherbe)

Abcès des deux ovaires. — Fibrômes interstitiels multiples. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Guill...., âgée de 52 ans, entre le 15 avril 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, régulièrement tous les mois, durée 3 ou 4 jours, sans douleurs. Ni enfants, ni fausses couches. Jamais de pertes blanches. Ménopause à 51 ans. Après six mois pendant lesquels la malade n'a ressenti de troubles d'aucune sorte, la malade recommence à avoir des métrorrhagies abondantes. D'abord espacées, elles revinrent ensuite tous les 15 jours, de façon que la malade perdait presque continuellement. Ces pertes furent d'abord absolument indolores, mais elles devinrent de plus en plus douloureuses et obligèrent la malade à s'aliter.

Examen. — L'utérus remonte à mi-chemin de l'ombilic, il est bosselé, irrégulier, absolument immobile. Les culs-de-sac latéraux sont très douloureux.

Diagnostic. — Fibrômes utérins. Salpingite kystique double probable.

Hystérectomie vaginale, le 22 avril 1893. Curettage préalable. Morcellement très laborieux, l'utérus étant fixé partout par des adhérences courtes et serrées. Après l'ablation de l'utérus bourré de petits fibrômes, on tombe sur deux vastes poches purulentes développées aux dépens de l'ovaire. Enlèvement des poches.

Durée : 40 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Ablation des pinces le 24. La malade se plaint de perdre ses urines. Ce symptôme paraissant s'atténuer, on attend jusqu'au 15 mai ; à ce moment on pratique un examen qui démontre l'existence d'une petite fistule vésico-vaginale.

Deuxième opération le 10 juin 1893. Après avoir avivé les bords de la fistule, on les suture avec cinq fils d'argent. État très bon. Ablation des fils le 22 juin ; jusqu'au 25 l'état reste bon. A partir de ce moment la malade se plaint de nouveau de perdre ses urines.

Troisième opération le 17 juin 1893. On ferme de nouveau la fistule au moyen de trois fils d'argent. Ablation le 10 juillet.

État parfait à la sortie, le 15 juillet.

Observation 136 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Fibrômes interstitiels multiples. Opération de Péan. — Guérison.

Mme C...., âgée de 39 ans, entre le 19 avril 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, sans douleurs. Les règles sont toujours venues régulièrement, sans avance ni retard; jamais elles n'ont été douloureuses. Mariée à 24 ans. Quatre enfants, couches normales. Le dernier enfant il y a neuf ans. Jamais de fausses couches. Depuis trois ans, pesanteur continuelle dans le bassin ; par intermittences, douleurs lancinantes dans l'aîne droite. Pas d'écoulements, ni sanguin, ni leucorrhéique.

Au début du mois de mars dernier (le 3 mars), la malade a perdu une quantité considérable de sang pur; cette hémorrhagie s'est accompagnée de douleurs extrêmement vives dans l'aîne droite. Les accidents se sont calmés le jour même, mais des douleurs sourdes ont persisté. Huit jours après, réapparition des pertes, qui, depuis, sont survenues par intermittences. Constipation habituelle. Miction normale.

Examen. — Au toucher, on sent dans les culs-de-sac les annexes très volumineuses ; à droite elles forment une masse du volume d'une mandarine, très douloureuse. L'utérus est assez mobile, a le volume d'une tête de fœtus, il est irrégulier, bosselé. Hystéromètre = 10 cent. 1/2.

Diagnostic. — Fibrômes utérins. Salpingite kystique double.

Hystérectomie vaginale, le 28 avril 1893. — L'utérus est morcelé et évidé sans incident. Après bascule du fond de l'utérus, on procède à l'évacuation d'une poche purulente du côté gauche, puis à son extirpation, ainsi qu'à celle des annexes gauches, enclavées dans ses parois; enfin à l'ablation des annexes droites dont la trompe contient un verre à Bordeaux de pus. L'utérus et les fibrômes pèsent 280 grammes.

Durée: 35 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures.

La malade se lève le vingtième jour et part guérie, le 19 mai 1893.

En avril 1894 guérison absolue.

Observation 137 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme M...., âgée de 44 ans, entre le 21 avril 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 17 ans. Toujours très bien ; trois enfants. Accouchements normaux et à terme. Le dernier il y a 19 ans. Une fausse couche de trois mois il y a 10 ans. Quelques rares pertes blanches, peu douloureuses.

La malade n'a commencé à souffrir réellement qu'au mois de janvier. A ce moment elle eut une perte de sang très abondante. Curettage le 19 février, pas d'amélioration. La malade n'a guère quitté le lit depuis. Douleurs très violentes, surtout à droite.

Examen. — On sent le col gros et dur; l'utérus semble dévié à gauche par une poche du volume d'une grosse orange, que l'on sent à droite. A gauche, les annexes forment une masse dure grosse comme une mandarine.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 29 avril 1893. — L'utérus forme une coque dure et résistante, complètement enclavé et inabaissable. Évidement conoïde. Au niveau du fond de l'utérus on ouvre encore à droite une poche tomenteuse d'où s'écoule une très petite quantité de pus. On laisse en place une partie des parois de la poche à cause de ses adhérences. Ablation des annexes gauches. La trompe contient un verre à bordeaux de pus.

Durée: Trente-cinq minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Température et pouls normaux. Ablation des pinces le 1er mai. Pas d'incidents ; ablation des tampons le 2 mai et injections au sublimé.

Le 7 mai, la malade présentant un peu de salivation mercurielle, on substitue pendant trois jours les injections phéniquées faibles aux injections au sublimé.

La malade sort le 30 mai ressentant encore quelques tiraillements. En avril 1894, guérison absolue.

Observation 138 (Personnelle).

Pyosalpinx tuberculeux double. — Opération de Péan. — Guérison opératoire. — Mort de tuberculose généralisée au bout de 3 mois.

Mme Bar..., âgée de 34 ans, est opérée à Cannes, le 30 avril 1893.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Menstruation régulière mais peu abondante, sujet très délicat.

Les premiers accidents se sont manifestés à la fin de l'été de 1891 ; une salpingite se développa sourdement à droite, avec accompagnement de névralgies intermittentes générales.

A ce moment, le traitement fut purement sédatif, lavages utérins, rectaux, bains, révulsifs cutanés, malgré l'avis du docteur Queirel, de Marseille, qui déclarait que la malade atteinte de salpingite suppurée, devait être opérée.

La situation s'améliora, on crut l'opération inutile, mais quelques mois après, vers la fin de l'hiver 1892, la maladie reprit son évolution ; une nouvelle poussée eut lieu dans la région malade.

On trouvait alors dans le ventre une grosse tumeur fluctuante, remontant jusque dans la fosse iliaque droite, occupant tout le côté droit de l'utérus et le petit bassin.

La malade étant en proie à une fièvre intermittente régulière atteignant 39° tous les soirs, elle était affaiblie, amaigrie et dyspeptique.

On enveloppa le ventre d'épaisses couches de collodion élastique. On continua les lavages intra-utérins et l'immobilité. L'abcès se creva en octobre dans le rectum. Il se fit alors une grande sédation. On redoubla la compression élastique, on fit des injections sous-cutanées de phosphates, on alimenta vigoureusement la malade. Tout en faisant l'antisepsie du vagin et du tube digestif ; la fièvre disparut momentanément. Malheureusement peu à peu la tumeur se reformait avec accompagnement de troubles généraux graves ; à un moment donné, elle se vidait de nouveau pour se reproduire encore bientôt, de telle façon que par suite du travail local de la suppuration, des réactions générales fébriles et de la perte complète de l'appétit, la malade était arrivée au printemps de 1893 à un degré d'émaciation extrême.

M. Segond est alors mandé en consultation. Il trouve une malade très amaigrie, se nourrissant à peine, ayant chaque soir une température voisine de 40°. Le bassin est rempli par deux énormes pyosalpinx, comme deux très gros poings, qui enclavent absolument l'utérus. Au sommet gauche il existe des signes de tubercules en voie de ramollissement.

Le diagnostic de pyosalpinx tuberculeux double est posé.

Hystérectomie vaginale, le 30 avril 1893. — Morcellement et évidement. Ablation complète des annexes très adhérentes. Chaque trompe contient un grand verre de pus fétide.

Durée 45 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à la normale ; le pouls était à 100. Les pinces furent enlevées avec les tampons au bout de 48 heures. Un subdélirium assez intense dura du 3e au 5e jour.

Le 5 mai, mon collègue Malherbe resté auprès de la malade écrivait : Retour notable des forces, limpidité d'esprit, appétit excellent, sommeil réparateur ; toutes les fonctions se font admirablement. Cette amélioration continue pendant quinze jours d'une façon progressive. Puis apparaissent des phénomènes pulmonaires, toux, expectoration abondante ; au bout d'un mois la suppuration vaginale, presque tarie,

reparut. Concurremment l'on vit se développer une poussée de tuberculose péritonéale et de tuberculose pulmonaire et la malade succomba le 5 septembre 1893.

Observation 139 (Malherbe)

Hydrosalpinx double. — Utérus fibreux. — Opération de Péan. Guérison.

Mlle P..., âgée de 35 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Pas d'enfants ni de fausse couche. La malade est envoyée de Nevers par son médecin, avec diagnostic de kyste de l'ovaire. Le ventre est en effet considérablement augmenté de volume avec saillie médiane. La malade raconte que son ventre s'est mis à grossir depuis 5 ou 6 mois, et qu'il a atteint assez rapidement le volume qu'il présente actuellement ; elle n'a jamais remarqué la moindre diminution passagère. Douleurs lombaires se propageant aux membres inférieurs qui présentent un peu de parésie. Œdème des jambes. Pas de métrorrhagies ; règles normales. A la fin de février, rétention complète et passagère d'urine ; la malade vient alors à Paris. Rien du côté du système nerveux.

Examen. — A la palpation, on constate la présence d'une tumeur volumineuse dépassant l'ombilic de deux travers de doigt et s'étendant un peu plus à gauche qu'à droite. A la percussion, matité ne se déplaçant pas suivant les différentes positions qu'on fait prendre à la malade. Sonorité au niveau des flancs.

Le toucher vaginal n'est pas pratiqué sur la demande de la malade, qui s'y refuse absolument. Le diagnostic porté est donc maintenu provisoirement. Légère constipation, douleurs lombaires, les urines contiennent du pus et de l'albumine.

Le 15 mars, la malade est endormie, le toucher vaginal combiné à la palpation fait sourdre un jet d'urine entre les doigts, et l'idée d'une vessie distendue vient à l'esprit ; la sonde amène l'évacuation de 3 litres 50 centilitres d'urine ; le ventre a considéralement diminué de volume ; le toucher vaginal permet de faire le diagnostic de fibrôme utérin enclavé dans le petit bassin en arrière de la vessie et de lésion bilatérale des annexes.

La malade, reconduite à son lit, est sondée régulièrement et on pratique des lavages boriqués de la vessie, deux fois par jour. L'analyse de l'urine décèle la présence d'environ 12 grammes d'albumine par litre. Régime lacté.

Le 5 mai, l'albumine a complètement disparu.

Hystérectomie vaginale le 6 mai 1893. — Morcellement et évidement conoïde combinés de la tumeur fibreuse dont le poids, y compris celui de l'utérus, est de 45 grammes. Les deux trompes sont distendues par le liquide séreux. Les deux ovaires sont polykystiques.

Durée : 45 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Ablation des pinces au bout de 48 heures. La malade urine seule à partir du troisième jour. La parésie des membres inférieurs diminue peu à peu, et elle part, guérie, le 22 juin 1893.

Observation 140 (Malherbe)

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme P..., âgée de 34 ans, entre le 6 mai 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Premières règles à 15 ans, après dix-huit mois de douleurs continues dans le ventre. Dès le début les règles sont abondantes et viennent toujours avec un retard de cinq jours au moins, quelquefois de dix à douze jours. Elles s'accompagnent de douleurs pendant ces deux premiers jours.

Pendant les intervalles des époques menstruelles, pertes blanches, abondantes surtout dans les premiers jours qui les suivent. Certaines années, les règles ne sont venues que huit ou neuf fois, une fois au contraire (il y a six ans), elles se sont montrées trois fois en deux mois.

Première couche à 18 ans 1/2. Pas d'incidents pendant l'accouchement, suites pénibles, faiblesse générale. Douleurs dans la région inguinale gauche; ces douleurs sont continues et s'exacerbent à la moindre fatigue, en s'irradiant dans la région lombaire. Par moments douleurs aussi du côté droit, irradiées dans la cuisse droite. Cet état dure 4 mois. Deuxième couche à 28 ans. Mêmes suites, pendant 3 mois. Troisième couche à 33 ans (il y a 10 mois). Les mêmes accidents qui ont succédé aux premières se sont reproduits cette fois, et depuis lors, la malade n'a plus de repos. De temps à autre, crises de gastralgie; ni constipation ni diarrhée. Tempérament extrêmement nerveux.

Examen. — Au toucher, combiné avec la palpation abdominale, on trouve l'utérus volumineux, en rétroversion. Il paraît adhérent aux annexes gauches, prolabées et fixées dans le cul-de-sac de Douglas. A droite, la trompe a le volume de l'index et est très douloureuse. L'indication de l'ablation des annexes, posée par M. Léopold Landau, de Berlin, est basée moins sur ces signes physiques que sur l'ensemble du tableau clinique, l'importance fonctionnelle, etc.

Hystérectomie vaginale le 9 mai 1893. — Morcellement et évidement conoïde, ablation complète des annexes. Ovaires scléro-kystiques, trompes atteintes de salpingite interstitielle.

Durée : 11 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles ; aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 28e jour et part guérie le 3 juin 1893.

Revue le 21 octobre. Etat général bon. La malade est toujours dyspeptique, sujette aux migraines. Quelques vapeurs au moment des règles. État local parfait.

Observation 141

Pyosalpinx droit. Abcès de l'ovaire gauche.
Opération de Péan. — Guérison

Madame D...., âgée de 32 ans, entre à la Maison municipale de Santé le 11 mai 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 11 ans 1/2. Règles d'une durée de cinq jours, régulières. Jamais de pertes blanches. Deux enfants nés à terme, couches normales et sans suites. Dernier enfant en 1881. Depuis cette époque, trois fausses couches (provoquées), toutes les trois d'un mois à six semaines. La dernière, il y a six ans, en 1885. A la suite de ces fausses couches, la malade s'est bien remise et n'a ressenti de troubles d'aucune sorte immédiats. L'année qui a suivi la dernière fausse couche, c'est-à-dire il y a 5 ans, la malade a eu une première poussée de pelvi-péritonite : Douleurs abdominales violentes, impossibilité de quitter le lit. Pas de traitement chirurgical ; traitement médical chez M. Dumontpallier. Les accidents ont duré six mois ; au bout de ce temps, la malade, rétablie en partie, a pu reprendre la vie ordinaire pendant six mois. Au bout de ce temps, nouvelle poussée plus violente que la première comme réaction générale, mais d'une durée moindre. La malade peut se lever au bout de deux mois. Nouveau traitement médical chez M. Dumontpallier. Cinq mois après, une légère poussée peu violente, soignée chez M. Landrieux.

La malade n'a pas été arrêtée depuis cette époque, c'est-à-dire depuis à peu près trois ans, jusqu'au mois de juin 1892. Cependant elle souffrait toujours, surtout à gauche, principalement dans la période qui précédait les règles. Celles-ci étaient très douloureuses mais n'ont jamais cessé d'être régulières. En juin 1892, phlegmon du ligament large. Au bout de 18 jours, ouverture dans le rectum. Depuis ce temps, la malade a continuellement perdu du pus par le rectum, d'abord d'une façon continue, puis l'écoulement n'a plus

lieu qu'au moment des règles. Depuis 3 mois, cet écoulement a presque disparu complètement.

Examen. — Douleurs violentes actuellement. Au toucher, on sent à gauche une masse dure, du volume d'une mandarine. A droite, les annexes ont le volume d'un œuf et sont très douloureuses. L'utérus est immobilisé, adhérant en avant à la vessie, en arrière au rectum.

Hystérectomie vaginale le 16 mai 1893. — Opération très laborieuse. L'utérus est extrêmement adhérent au rectum. Evidement conoïde. Bascule antérieure du corps. Nécessité d'enlever les annexes droites avant de détacher l'utérus de la concavité du sacrum. Ablation complète des annexes droites. La trompe contient du pus, l'ovaire est scléro-kystique. A gauche, on laisse la moitié de la poche très adhérente. Les fragments de poche enlevés à gauche permettent de voir que l'on a affaire à un abcès de l'ovaire. La trompe, de volume normal, était enroulée autour de la poche.

Durée : quarante-cinq minutes. Huit pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. Aucun incident de convalescence.

La malade part le 15 juin, perdant encore du pus par le vagin.

Revue le 22 novembre 1893 : état général excellent, la malade a pris des forces et de l'embonpoint. Etat local parfait, plus d'écoulement de pus par le vagin dont la cicatrice est souple, sauf à gauche, où elle est un peu indurée. Au moment des règles, poussées congestives du côté du foie (dont la malade se plaignait bien longtemps avant l'opération), qui déterminent son médecin à lui faire une saignée.

Observation 142 (Le Masson).

Salpingite parenchymateuse double et ovaires scléro-kystiques. Prolapsus complet. — Opération de Péan. — Guérison.

Madame B...., âgée de 51 ans, entre le 8 mai 1893 à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures. 1res règles à 13 ans, pas douloureuses, écoulement abondant, durée : 7 à 8 jours. 7 enfants. 2 fausses couches. Des deux fausses couches (de six semaines) la 1re a eu lieu en 1868, la 2e en 1874. Le premier accouchement en 1869, le dernier en 1880.

Il y a 16 ans environ, après le cinquième accouchement, à la suite d'un effort, la malade s'est aperçu pour la première fois du déplacement de la matrice qu'elle avait, dit-elle, entre les jambes : les efforts,

la fatigue, la toux favorisaient ce déplacement. La malade faisait elle-même très facilement, la réduction, qui se maintenait au repos et pendant la nuit. En même temps, douleurs abdominales et lombaires augmentant progressivement d'intensité chaque année. Menstruation régulière quand même. Pas de leucorrhée dans l'intervalle.

Cet état de chose a duré jusqu'en 1889, pendant toute cette première période, la malade n'a jamais suivi de traitement, ni porté de pessaire, seulement une ceinture abdominale pour calmer les douleurs de ventre. Depuis 4 ans, apparition de tous les symptômes. En même temps lassitude générale et inappétence. Mais pas de troubles dyspeptiques proprement dits, pas de nausées ni de vomissements.

Examen — Utérus de volume normal et parfaitement mobile. Col gros, largement entr'ouvert. Annexes des deux côtés douloureuses et augmentées de volume. Un laparotomiste ferait à cette malade une double ablation d'annexes et une hystéropexie.

Hystérectomie vaginale, le 17 mai 1893. — L'abaissement de l'utérus ne présente aucune difficulté. Incision circulaire du col et évidement suivant le procédé ordinaire. Création de deux valves et ablation du col ; le morcellement n'est pas nécessaire : décortication facile de l'utérus et ablation complète des annexes (ovaires scléro-kystiques, trompes parenchymateuses).

Durée : 25 minutes. 9 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; les tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 10 juin.

Le 31 janvier 1894 large colporrhaphie antérieure pour une énorme cystocèle. Actuellement va très bien.

Observation 143 (Personnelle).

Pyosalpinx double et pelvi-péritonite adhésive chez une malade antérieurement laparotomisée. — Opération de Péan. — Mort par accidents dyspnéiques le 3e jour.

Mme de Bal..., âgée de 30 ans, entre chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 29 mars 1893.

Cette malade fut laparotomisée, en 1891, à Toulouse pour une lésion bilatérale des annexes, diagnostiquée pyosalpinx double. Les adhérences intestinales furent reconnues telles qu'on dut se contenter d'une simple laparotomie exploratrice.

Les suites de cette intervention furent des plus inquiétantes. La malade, atteinte d'hypertrophie cardiaque sans lésions d'orifice, fut

prise de phénomènes dypsnéiques graves avec tendance à la syncope, et pendant cinq jours le pronostic dut être réservé.

Une éventration considérable allant du pubis à l'ombilic se montra deux mois après la laparotomie et augmenta encore ses souffrances.

Le 31 mars 1893, M. Segond pratique la cure radicale de cette éventration, décidé à faire en même temps l'ablation des annexes. Mais devant l'étendue des adhérences pelviennes, il referme le ventre sans rien enlever.

Le soir même, la malade était prise d'une crise de dypsnée violente et pendant quatre jours ees erises se répétant de trois à quatre fois en vingt-quatre heures, firent redouter une issue fatale. D'ailleurs, la température restait normale, le ventre souple et indolore.

Une fois remise de cette deuxième laparotomie, la malade, continuant à souffrir de ses lésions annexielles, demande à tout prix à en être débarrassée.

Hystérectomie vaginale, le 22 mai 1893. — L'utérus, complètement enclavé, fut enlevé par morcellement et évidement. Aucun liquide ne s'écoula. Deux poches purulentes furent crevées avee le doigt. On tombe alors dans une cavité tomenteuse complètement extra-péritonéale.

Suites opératoires. — Le soir même, crise de dypsnée qui dure deux heures. Deuxième crise au milieu de la nuit. L'état dypsnéique devient presque continuel vers le milieu du 2e jour, malgré le traitement (ventouses, acétate d'ammoniaque, injections d'éther, de caféine, de sérum, etc), et la mort survient brusquement, par syncope, le matin du troisième jour.

La température est restée normale, le pouls bat 120. Pas de vomissement, ventre souple indolore.

Observation 144 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme B..., âgée de 48 ans, entre le 26 mai 1893, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Régulièrement jusqu'à 18 ans, tous les mois, sans douleurs. D'une durée de trois à quatre jours. Au début de son mariage, les règles continuent à être régulières pendant un an; mais à partir de cette époque elles ont été très douloureuses. Il y a 21 ans de cela. Les douleurs se montrèrent d'abord à l'oceasion des règles seulement, puis peu à peu demeurèrent eontinues. Elles prédominaient à droite, mais dans ces dernières années la malade a souffert davantage du côté gauche.

Au mois de février dernier, la malade a eu une perte abondante, l'ayant immobilisé au lit pendant vingt jours. A ce moment, elle aurait subi un traitement ayant pour but de dilater le col, et, depuis les douleurs ont beaucoup augmenté.

Examen. — A son entrée dans le service, la malade est fortement déprimée, elle présente des exacerbations de la température. Pendant la nuit surviennent parfois de violents phénomènes d'agitation.

Hystérectomie vaginale, le 3 juin 1893. — A l'examen, sous le chloroforme, on sent une grosse poche située à gauche et en arrière, mais qui ne semble pas adhérente. A droite, les annexes semblent aussi légèrement augmentées de volume.

1° On commence par inciser la grosse poche, d'où il s'écoule au moins un verre et demi de pus infect et jaunâtre. On s'assure par la brèche vaginale que les annexes droites sont malades.

2° Hystérectomie vaginale par évidement conoïde avec bascule antérieure. Ablation des annexes droites dont la trompe contient un demi-verre de pus. Résection d'un petit lambeau d'épiploon.

Durée : 35 minutes. 6 pinces à demeure.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue de la température et du pouls.

Ablation des pinces au bout de 48 heures.

Dans les jours qui suivent l'opération, la malade présente encore des phénomènes d'agitation. L'état s'améliore peu à peu et est très bon à la sortie. En février 1894, guérison absolue.

Observation 145 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme R...., âgée de 23 ans, entre le 18 mai 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, les règles durent en général de quatre à six jours. Elles ne sont pas douloureuses. Entre les règles, pertes blanches : écoulement blanc-jaunâtre. Mariée à 20 ans, ni enfants, ni fausses couches. Depuis ce temps (3 ans), la malade se plaint, de temps à autre, de douleurs très vives, tant dans l'aîne droite que dans l'aîne gauche, irradiées vers l'ombilic ; douleurs survenant en dehors des règles et s'espaçant à intervalles irréguliers. Il y a 6 mois, la malade dut s'aliter à cause d'une bronchite aiguë ; l'amaigrissement survenu depuis lors, des sueurs nocturnes, de la toux, etc., font penser à la tuberculose. Il y a quatre mois, éruption spécifique, dont il demeure encore aujourd'hui des traces de couleur cuivrée. Depuis deux mois les douleurs inguinales ont augmenté, la leucorrhée est devenue plus abondante.

Examen. — Utérus mobile. Dans les culs-de-sacs latéraux, on sent, à l'aide du palper bimanuel, les deux trompes irrégulièrement épaissies, dilatées, flexueuses et dures au toucher. Les ovaires, non augmentés de volume, sont durs aussi au toucher. Trompe et ovaire, quoique reconnaissables, semblent faire partie d'une même masse empâtée. La douleur provoquée par le toucher est fort vive.

Hystérectomie vaginale, le 3 juin 1893. — L'utérus est facilement abaissé. Le col est incisé sur ses deux bords, puis détaché de ses insertions vaginales. Après quoi, section transversale. Evidement conoïde du corps. La bascule fait reconnaître quelques adhérences péritonéales. Celles-ci sont rompues. On place des catguts sur les lambeaux péritonéaux, qui sont excisés après ligature et abandonnés. Pince sur le bord supérieur des ligaments larges. Ablation successive des annexes. Les trompes contiennent un demi-verre de pus.

Durée : 25 minutes. 4 pinces.

Suites opératoires. — Nulles au point de vue du pouls et de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures.

Pas d'incident de convalescence. La malade sort le 27 juin 1893 en parfait état. Revue en février 1894 : Etat local parfait ; se plaint, au moment des règles, d'étourdissements, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, mais guérison complète.

Observation 146 (Malherbe).

Pyosalpinx droit, hématosalpinx gauche. — Opération de Péan. Guérison.

Mme R..., âgée de 35 ans, entre à la maison Municipale de Santé, le 23 mai 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans. Règles durent huit jours, un peu douloureuses les premiers jours. Pendant l'intervalle des règles, pertes blanches. De 12 à 15 ans, la malade est anémique. La leucorrhée, qui avait commencé lors des premières règles, continue aussi longtemps que l'anémie, et lui survit jusqu'à l'époque où la malade se marie, à 21 ans ; pendant tout ce temps d'ailleurs, les règles sont régulières. A 22 ans 1/2, grossesse à terme, suites de couches normales. A 23 ans 1/2, fausse couche de 3 mois. Pas d'accidents consécutifs. A 24 ans 1/2, second enfant à terme : suites de couches normales. Quelquefois, la malade remarque que ses téguments ont une teinte subictérique.

La maladie actuelle débuta en 1885. Les règles s'arrêtèrent brusquement ; en même temps, la malade ressentit dans le bas-ventre une douleur intense, marquée surtout dans le côté gauche, le ventre était ballonné, la constipation opiniâtre ; il y avait de la fièvre. Le médecin de la malade diagnostiqua une métro-péritonite. Après un

mois et demi, les accidents qui avaient diminué graduellement, disparurent tout-à-fait, et la malade put se lever. Les règles revinrent régulières comme par le passé. Leucorrhée dans l'intervalle. De temps à autre, en dehors des règles, la malade ressentit dans le côté gauche, des douleurs sourdes mais fugaces. Celles-ci, en 1887, furent assez violentes pour obliger la malade à garder le lit, pendant plusieurs semaines. Depuis cette époque, jusqu'au mois de mars 1893, tout allait bien, quand les douleurs reparurent aussi vives que précédemment, elles s'irradiaient dans les cuisses et vers l'anus. Amendement rapide; depuis, les règles, douloureuses au début, sont très peu abondantes les premiers jours, puis vient un écoulement très abondant de sang liquide et de caillots, durant huit jours.

Examen. — A la palpation bimanuelle, on sent l'utérus enclavé, entre deux masses, du volume d'une pomme d'api.

Hystérectomie vaginale, le 8 juin 1893. — 1er temps classique. Pendant les manœuvres de décollement des insertions vaginales, il s'écoule la valeur d'un verre de pus, qui paraît provenir soit des annexes droites, soit du cul-de-sac de Douglas. Evidement conoïde du corps, qui est très friable et se déchire sous les pinces à abaissement. Bascule du fond. Pince sur le bord supérieur du ligament large gauche. La trompe gauche, du volume d'une mandarine, renferme du sang noir et des caillots. Pince sur le bord supérieur du ligament large droit. La trompe droite contient du pus, c'est elle qui a été crevée au début de l'opération. Ablation complète des annexes.

Durée : 30 minutes ; 9 pinces.

Suites opératoires. — Les 2 jours qui suivent l'opération, vomissements bilieux et hoquet. Malade très agitée. Ablation des pinces le 10 juin ; un quart d'heure environ après cette manœuvre, légère hémorrhagie, arrêtée par le tamponnement. Les jours qui suivent, douleurs. Les douleurs ne tardent pas à cesser et le 21e jour après l'opération, la malade se lève en excellente santé.

Elle sort le 29 juin 1893.

Observation 147 (Le Masson).

Salpingite parenchymateuse double. — Ovaire droit kystique. Opération de Péan — Guérison.

Mme V..., Irma, âgée de 33 ans, entre le 7 juin 1863, à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 11 ans : irrégulières, toujours

en avance, variant de 5 à 8 jours, douloureuses. Ecoulement assez abondant, durant 4 à 5 jours. Leucorrhée dans l'intervalle. Une seule grossesse normale. Pas de fausse couche. En 1883 (l'année de son mariage) la malade a eu quelques douleurs abdominales et lombaires. A cette époque on lui fait porter un pessaire, une ceinture abdominale. En même temps injections, badigeonnages de teinture d'iode. Légère amélioration consécutive. Cette amélioration a persisté jusqu'en 1887. En 1887, après l'accouchement, la menstruation est devenue irrégulière et profuse. Dans l'intervalle, leucorrhée abondante. En même temps douleurs abdominales et lombaires accusées au côté gauche. L'hiver dernier exagération de ces phénomènes, un médecin a fait des pointes de feu sur l'abdomen.

Malade nerveuse, a des insommies fréquentes. Troubles dyspeptiques. Vomissements au moment des règles. Dans l'intervalle, pesanteur au niveau de l'estomac. Digestions lentes et pénibles. Inappétence. Constipation ordinaire. Troubles de miction : pesanteur abdominale précédant la miction.

Cœur : quelquefois palpitations et essoufflement, mais pas de lésions organiques. Urines normales.

Examen. — Le palper abdominal est excessivement douloureux surtout sur la ligne médiane et à gauche. Au toucher, utérus gros, en antéversion presque immobile. Col gros, mou et entr'ouvert. Les annexes des deux côtés sont grosses, douloureuses, surtout celles du côté gauche.

Hystérectomie vaginale le 28 juin 1893. — Curettage : l'hystéromètre pénètre de 11 cent. Ecouvillonnage.

Hystérectomie. — Suivant le procédé habituel création de deux valves cervicales et ablation. Ensuite, incision médiane de Doyen et bascule de l'utérus. Décortication des annexes droites. Hémostase assez difficile à obtenir. Ablation des annexes gauches. Au moment de l'ablation de l'écarteur de Péan qui protégeait la paroi recto-vaginale, apparaît, gros environ comme une petite orange, un kyste. Ponction du kyste, évacuation de liquide jaune citrin. Décortication et ablation.

Examen des pièces. — Utérus notablement hypertrophié (11 cent.de cavité) sa coupe ne présente rien de particulier. Les annexes droites sont doublées de volume, la trompe est parenchymateuse, l'ovaire est kystique. L'ovaire ponctionné en dépendait. Annexes gauches également doublées de volume, mêmes lésions de la trompe et de l'ovaire.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf le soir du deuxième jour, où le pouls est à 120 et la température à 38°4. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des

tampons le troisième jour. Apparition d'une escharre sacrée comme une pièce de cinq francs, le cinquième jour.

Guérison complète le 26 juillet, jour où la malade quitte l'hôpital.

Observation 148 (Malherbe)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme L..., âgée de 30 ans, entre le 20 juin 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, sans particularités à noter. Deux enfants, accouchements normaux à terme, très bien portante jusqu'à 25 ans. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 5 ans, règles très douloureuses. La malade perd beaucoup de caillots. Entre les règles quelques pertes blanches, mais pas de douleurs. Au mois d'avril 1893, violente poussée de pelvi-péritonite dans les jours qui précèdent les règles. Ballonnement du ventre, fièvre, durée 3 jours. A la suite les règles ont été très abondantes et en caillots. Au mois de mai, nouvelle crise semblable à la première, ayant duré quatre jours.

Examen. — Au toucher on sent à gauche une masse constituée par les annexes. A droite on sent aussi les annexes augmentées de volume mais un peu moins qu'à gauche. Le toucher est très douloureux. L'utérus mobile présente cependant des adhérences en arrière.

Hystérectomie vaginale le 1er juillet 1893. — Curettage préalable. Ablation de l'utérus par le procédé classique. Au cours de l'évidement, rupture d'une poche à gauche. Écoulement d'environ deux cuillerées de pus, à gauche on enlève les débris d'une poche volumineuse. Cette poche est constituée aux dépens de la trompe. L'ablation totale est impossible. Ablation complète des annexes droites, dont la trompe contient une cuillerée de pus.

Durée : 35 minutes. 7 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls ni de la température pendant les 18 premiers jours. Ablation des pinces le 3 juillet.

Le 19, la malade a 38°, le soir. Le 20, la température se maintient élevée avec malaise général.

Le 21, le toucher indique la présence d'une collection développée dans les débris qui n'avaient pu être enlevés. Rupture et évacuation d'un verre à Bordeaux de pus.

A partir de ce moment, la guérison se complète, et la malade part le 12 août en très bon état.

En février 1894, guérison complète.

Observation 149 (Personnelle)

Périmétro-salpingite suppurée. — Pyosalpinx gauche énorme. Salpingite parenchymateuse droite. — Opération de Péan. Morte le 8e jour.

Mme M..., âgée de 36 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 16 juillet 1893.

Cette malade, atteinte depuis plus de deux ans d'une suppuration pelvienne grave d'origine puerpérale, malgré le traitement médical le mieux conduit et le plus consciencieusement suivi, était arrivée au dernier terme de la cachexie quand M. Segond fut appelé auprès d'elle. En présence de l'ancienneté et de l'étendue des lésions et devant l'impossibilité de tenter avec succès une intervention palliative, il propose l'hystérectomie vaginale dont il ne dissimule pas les dangers en raison de l'altération profonde de l'état général.

Hystérectomie vaginale, le 18 juillet 1893. — Le morcellement et l'évidement sont conduits sans incident. Au cours du morcellement, deux énormes poches de pus fétide sont ouvertes. Ablation complète des annexes très adhérentes. A gauche, énorme pyosalpinx. A droite, trompe énorme parenchymateuse ; ovaires bourrés de kystes.

Durée : vingt-cinq minutes. Sept pinces.

Suites opératoires. — Pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le troisième jour. Malgré toutes les tentatives d'alimentation, les injections de sérum, etc., la malade s'affaiblit de jour en jour et s'éteint le huitième jour sans réaction péritonéale.

Observation 150 (Le Masson)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme G..., âgée de 31 ans, entre le 8 juillet 1893, à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Mère nerveuse ; 3 sœurs mortes de méningite. La malade elle-même très nerveuse a été soignée vers l'âge de 18 ans, et, pendant 18 mois environ, pour de la chloro-anémie. Premières règles à 10 ans, avance de 2 jours à chaque époque. Douleurs abdominales et coliques très vives, surtout la première année. Ménorrhagies abondantes ; durée : 8 jours, accompagnées de migraines. Pas de leucorrhée dans l'intervalle. Cinq enfants. Avant la première grossesse, une fausse couche de cinq semaines, suivie de métrorrhagies abondantes, qui ont duré environ 3 semaines.

Le premier accouchement a eu lieu en 1883. Le cinquième en 1889. Tous ont été laborieux, suivis de métrorrhagies abondantes. Pendant les 3 ou 4 premiers mois de la dernière grossesse, douleurs vives accompagnées de pertes fréquentes. L'accouchement a été suivi de métrorrhagies qui ont duré 8 mois, puis la menstruation est restée irrégulière et abondante. Dans l'intervalle, leucorrhée très abondante. Douleurs lombaires et abdominales, lancinantes, plus accusées à droite, avec irradiations vers la racine des cuisses.

Troubles dyspeptiques, pesanteur au niveau de la région épigastrique, digestions pénibles, nausées, mais pas de vomissements. Troubles urinaires, cuisson intense avant et pendant la miction, surtout au moment des crises douloureuses. De 1889 au mois de novembre 1892, la malade a suivi le traitement suivant : injections, cautérisations, pansements iodoformés. Aucune amélioration.

Entrée dans le service de M. Péan, à Saint-Louis, où l'on pratique, le 26 novembre, le curettage de l'utérus. Après le curettage : fièvre, continuation des pertes et affaiblissement général. Vers la fin de décembre, la malade sort, sur sa demande et non guérie, de l'hôpital Saint-Louis. Chez elle, se déclare une pelvi-péritonite. Traitement purement médical. En avril elle entre en convalescence. Amélioration notable, disparition à peu près complète des douleurs et des pertes,. De temps en temps, ballonnement du ventre. Cet état persiste jusqu'à la fin de mai. En juin, à la suites des règles, réapparition des douleurs du 12 au 27 juin : métrorrhagies avec caillots, puis écoulement leucorrhéique glaireux et fétide. Dernières règles du 3 au 9 juillet.

Examen. — Le palper abdominal est excessivement douloureux, surtout sur la ligne médiane et à droite.

Au toucher : col dur, entr'ouvert, avec ectropion de la lèvre antérieure. Utérus peu mobile, assez gros, en antéflexion. Annexes gauches hypertrophiées, mais peu douloureuses ; on sent une tumeur dure, ayant environ le volume d'un petit œuf de poule, occupant une partie du cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit.

Rien dans les urines. Cœur normal.

Hystérectomie vaginale, le 19 juillet 1893. — 1° Curettage : l'hystéromètre donne 9 centimètres. Peu de fongosités, écouvillonnage.

2° Hystérectomie : Utérus facilement abaissable, le premier temps de l'opération se fait suivant le procédé habituel. Après l'excision des deux valves cervicales, la paroi antérieure de l'utérus étant saisie avec une pince de Museux, bascule assez aisément. A ce moment de l'opération, destruction d'adhérences qui unissent le paquet intestinal au fond de l'utérus et aux annexes des deux côtés. Ablation complète des annexes. L'ovaire droit, à la coupe, présente deux poches bien distinctes, l'une plus grande, du volume d'une grosse noix, contient du pus assez épais et de couleur lie de vin ; l'autre, un peu moins grande, contient un liquide séro-sanguinolent. Les parois de cet ovaire sont formées par un tissu nettement scléreux. Les deux trompes sont remplies de pus (une cuillerée à bouche).

Durée : 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures. Légère hémorrhagie.

Pas d'autre incident de convalescence. La malade part guérie le 10 août.

Revue en novembre 1893. États général et local parfaits. Rapports sexuels très douloureux. En mars 1894, guérison absolue.

Observation 151 (Malherbe).

Pyosalpinx tuberculeux double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle L...., âgée de 23 ans, entre le 12 juillet 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, très bien, pas de douleurs. Jamais enceinte. Bien portante, à part quelques rares pertes blanches jusqu'à il y a environ deux ans. A ce moment, les règles deviennent douloureuses; même dans leur intervalle, la malade ressent des douleurs dans les régions lombaires et hypogastriques. Pertes blanches plus abondantes, mais règles toujours régulières.

Il y a un an, l'état empirant, la malade voit un médecin qui constate des lésions des annexes peu accusées.

Examen. — Douleurs assez vives, surtout après des fatigues et aux périodes menstruelles. Peu de pertes, troubles digestifs peut-être plutôt sous la dépendance de l'état général que des lésions utérines. La malade présente, en effet, des signes non équivoques de tuberculose pulmonaire au sommet gauche : submatité, craquements. Au sommet droit respiration un peu soufflante. Le début de ces accidents remonte à trois ans environ. Maigreur extrême, sueurs nocturnes. Au toucher :

col sain. Utérus peu mobile. Les annexes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas forment une masse dure, bosselée, du volume du poing, qui entoure l'utérus comme un croissant.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 22 juillet 1893. — Curettage préalable. Hystérectomie selon le procédé classique, ablation complète des annexes. La trompe droite, du volume du pouce, contient du pus épais, l'ovaire est rempli de petits kystes hématiques. La trompe gauche, de même que la droite, est remplie de fongosités.

Durée : 17 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls, ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 16 août 1893.

En février 1894, guérison complète. Souffre d'une cystite bacillaire.

Observation 152 (Malherbe).

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle. — Opération de Péan. — Guérison.

M[me] J..., âgée de 41 ans, entre le 12 juillet 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 17 ans. Pas de fausses couches, 2 enfants, l'un il y a 19 ans, l'autre il y a 12 ans. Bonnes suites de couches.

La maladie actuelle a débuté il y a 5 ou 6 ans. A cette époque la malade, sans cause apparente, a perdu du sang durant six semaines consécutives. Ces hémorrhagies s'accompagnaient de douleurs dans le bas-ventre, douleurs accusées surtout dans l'aîne gauche, irradiées vers les reins et les membres inférieurs. Ces douleurs survécurent aux hémorrhagies, et pendant les cinq dernières années, apparurent de temps à autre, lancinantes. Les règles étaient normales.

Depuis un an, les règles se sont prolongées avançant et durant si longtemps, que la malade n'avait guère que trois ou quatre jours de repos par mois. De temps à autre, pertes blanches. Douleurs de plus en plus vives. Œdème des malléoles le matin.

Examen. — L'utérus est très volumineux, dépasse le pubis de deux travers de doigt. La cavité = 9 cent. 1/2.

Les annexes forment de chaque côté deux masses du volume d'un œuf, très douloureuses et très adhérentes.

Diagnostic. — Salpingite double, probablement kystique.

Hystérectomie vaginale le 22 juillet 1893. — Morcellement et évidement classiques. Ablation complète des annexes. Les trompes sont atteintes de salpingite interstitielle et les ovaires scléro-kystiques. L'utérus pèse 160 grammes.

Durée : 25 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires.— Aucune réaction du pouls ni de la température, ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4[me] jour.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 20[me] jour et part guérie le 30 août 1893.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 153 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

M[me] R..., née aux Antilles, qu'elle habite, est âgée de 40 ans.

Antécédents. — Réglée à 11 ans, ses époques ont toujours été assez régulières, avec des oscillations de six ou huit jours, mais très peu abondantes.

Mariée à 16 ans, n'a jamais eu de grossesse ni fait de maladie grave. En 1878, douleurs au bas-ventre, accompagnées de leucorrhée abondante. On conseille des injections d'eau chaude et une cure à Spa, qui parut tout remettre en bon état. Vers 1882, la malade fut prise de douleurs très violentes dans le bas-ventre, avec ballonnement, fièvre et suppression complète des règles. La malade garde le lit pendant cinq mois, une violente métrorrhagie survient et la guérison paraît complète.

En 1888, après une traversée fort pénible de France en Amérique, les douleurs reparurent dans le bas-ventre, surtout à gauche, avec ballonnement, anorexie, fièvre, etc. ; en un mot tout le syndrôme d'une inflammation subaiguë des organes du petit bassin.

En 1891, la malade revient en Europe, elle était pâle, amaigrie. Les époques étaient régulières, mais très pauvres et fort douloureuses, suivies et parfois précédées d'une période fébrile qui durait de 8 à 15 jours. Le ventre tendu et douloureux à la pression, beaucoup plus sensible à gauche qu'à droite. Au toucher, on trouvait le col de volume normal rejeté en arrière, l'utérus en antéversion, solidement soudé à une tumeur du volume d'une orange, dure et douloureuse, à surface lisse et régulière, qui occupait tout le côté gauche du petit bassin. Les annexes droites paraissaient saines.

La malade rendait du pus dans ses selles en quantité variable, quantité qui augmentait au moment des époques, mais qui ne dépassait jamais trois cuillerées à soupe environ.

La malade fit une cure à Salies de Béarn, cure bien supportée qui exerça sur l'état général une très heureuse influence. L'état local ne fut

pas modifié. Le repos absolu au lit fut gardé pendant une période de 18 mois consécutifs, pendant lesquels des injections de quatre litres de liquide antiseptique, à une température variant de 45 à 50 degrés, furent régulièrement administrées matin et soir. Malgré ces soins, l'état s'aggrava lentement mais d'une façon régulièrement progressive.

Au mois de juin 1893, la situation devenant menaçante, la malade consulta plusieurs gynécologistes de Paris qui *tous* furent d'avis que l'hystérectomie vaginale était la seule intervention pouvant donner des réelles chances de guérison complète.

Hystérectomie vaginale le 26 juillet 1893.— Morcellement et évidement laborieux : l'utérus ne s'abaissant pas. Ouverture d'une collection purulente fétide rétro-utérine, contenant un demi verre de pus : Les annexes sont enlevées complètement. La trompe gauche contient un verre à Bordeaux de pus, la trompe droite une quantité un peu moindre. Les ovaires sont scléro-kystiques.

Durée 45 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Température normale dès le premier soir. Pas de réaction du pouls. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 4e jour.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part le 25e jour.

Elle écrit du Brésil, le 20 janvier 1894, qu'elle se porte admirablement, n'a plus la moindre douleur ni le moindre trouble vicariant. Son état général est excellent.

A noter un détail intéressant : la malade qui, selon son expression, avait toujours le mal de mer d'une façon abominable, a été à peine incommodée lors de son retour au Brésil, six semaines après son opération.

Observation 154 (Malherbe)

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle R... âgée de 40 ans, entre le 21 Juillet 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Les règles ont commencé à 14 ans, revenant régulièrement tous les mois, très peu douloureuses, durant en moyenne 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches. Ni enfants ni fausses couches. La malade a commencé à souffrir il y a à peu près 10 ans, vers l'âge de 30 ans. Ces douleurs se faisaient sentir principalement dans la région lombaire et à un degré moindre dans l'abdomen. Les règles continuaient d'ailleurs à être régulières et la malade ne commença à ressentir une

gêne considérable qu'en Janvier 1892. A ce moment, elle eut une crise si violente qu'elle fut obligée de garder le lit pendant 15 jours. Après cette crise, la santé de la malade resta satisfaisante jusqu'en Janvier dernier. A ce moment, nouvelle crise, moins violente que la première mais ayant obligé la malade à garder le lit pendant une semaine. Depuis quelque temps la malade perd abondamment en blanc. En outre, depuis environ six semaines, les douleurs sont continuelles et assez vives.

Examen. — Le volume de l'abdomen n'est pas augmenté, au toucher on sent une tumeur du volume d'une très grosse orange qui refoule l'utérus à droite et en arrière. A droite, les annexes ont le volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Kystes des deux ovaires.

Hystérectomie vaginale, le 29 juillet 1893. — Curettage préalable. Ablation de l'utérus par le procédé classique. On arrive alors sur la poche qui est développée aux dépens de l'ovaire gauche. La poche est crevée et il s'en écoule environ un verre et demi de matière sébacée épaisse, gluante et jaunâtre ; c'est un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Une fois vidée, la poche est décortiquée et enlevée. Chemin faisant on résèque un lambeau d'épiploon adhérent. Les annexes droites sont enlevées. La trompe du volume du pouce est atteinte de salpingite hypertrophique parenchymateuse. L'ovaire est kystique.

Durée : 45 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls, ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures. Pas d'incidents de convalescence. La malade part guérie le 26 août 1893.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 155 (Le Masson)

Hématocèle suppurée. — Pyosalpinx double. — Abcès des deux ovaires. Opération de Péan. — Fistule intestino-vaginale. — Guérison.

Mme L..., âgée de 24 ans, entre le 24 juillet 1893, à la Clinique Baudelocque, service de M. le Professeur Pinard.

Antécédents. — Héréditaires : un frère mort de la poitrine à 27 ans. Personnels : jamais de maladie aiguë antérieure, seulement depuis l'âge de 18 ans, elle se plaint de troubles dyspeptiques, douleurs épigastriques, vomissements alimentaires, etc.

Premières règles à seize ans, toujours irrégulières, peu douloureuses. Ecoulement assez abondant durant 5 ou 6 jours. Depuis leur apparition jusqu'à l'époque actuelle, les règles se sont toujours

produites dans les mêmes conditions. Un accouchement en mai 1893, à terme, sans accident ni complications. Cinq semaines après, la malade eut ses règles. Le mois suivant elles subirent un retard de 19 jours. Pendant toute cette période, douleurs abdominales sourdes, sans douleurs lombaires ni dans les cuisses.

Le 24 juillet, elle entre à Baudelocque, où l'on constate une double lésion des annexes. Le 2 août (les règles étaient alors terminées), la malade prend un lavement, et, à la suite, elle est prise de douleurs violentes dans le bas-ventre. En même temps, la fièvre monte et pendant 3 jours elle oscille autour de 38°. M. Lepage constate une hématocèle.

Hystérectomie vaginale, le 9 août 1893. — Incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un demi-litre de pus fétide. Les annexes sont reconnues malades des deux côtés. Morcellement très laborieux à cause de la friabilité excessive de l'utérus. Ablation complète des annexes (trompes remplies de pus, petits abcès de l'ovaire). En voulant saisir, sans y voir, une fausse membrane avec une pince à dents, M. Segond déchire l'intestin grêle.

Durée : 40 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Injection, pendant trois jours de suite, de 40 grammes de sérum. Le lendemain de l'opération, la malade a 39° le soir et 160 pulsations. Au bout de 48 heures, ablation des pinces ; le troisième jour, ablation des lanières. Les matières fécales passent en grande partie par le vagin. Elles sortent moulées par le rectum, liquides par le vagin.

Le troisième jour, apparition dans la région sacrée d'une escharc comme une petite paume de main. Jusqu'à la fin d'août, la température oscille entre 37 et 38 degrés. En septembre, elle tombe à la normale.

Le 7 octobre, l'eschare est guérie, la malade part pour le Vésinet gardant une fistule. En mai 1894, cette femme était absolument rétablie et M. Segond se disposait à fermer sa fistulette, quand elle meurt subitement d'occlusion intestinale, le 11 mai 1894.

Observation 156 (Cazin)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison

Mlle S..., âgée de 20 ans, entre le 7 août 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Les règles avaient une durée habituelle de neuf à dix jours, étaient très abondantes, quelquefois expulsion de caillots; les douleurs, très vives le premier jour, obligeaient la malade à garder le lit. Règles ordinairement en avance de huit à dix jours. Vers 18 ans, leucorrhée abondante (blennorrhagie?) Ni grossesse ni fausse couche.

La maladie actuelle a débuté depuis quelques mois, la malade ressentait, surtout quand elle se fatiguait, des douleurs vagues dans l'aîne gauche. Les règles, cependant, demeuraient normales comme par le passé. Le 24 juillet 1893, la malade fut prise subitement d'une douleur extrêmement vive, ayant son point de départ et son maximum dans l'aîne gauche et s'irradiant vers la région lombaire. Peu d'instants après elle pâlit et eut une syncope. Les jours suivants, les douleurs continuèrent, bien qu'un peu adoucies, le ventre n'était pas ballonné, il n'y avait point de fièvre.

Le 30 juillet, la malade ressentit, dans l'aîne droite, quelques petits élancements, assez douloureux, mais fugaces. En même temps, apparut la fièvre.

Le 7 août et les jours suivants, sous l'influence du repos, les douleurs se calment, l'état général s'améliore. Les accidents, bien atténués, reparaissent passagèrement du 15 au 18, époque des règles, puis ils s'amendent. A la fin d'août, les douleurs ont totalement disparu. Le rectum et la vessie fonctionnent bien.

Examen. — 1° A l'entrée : Utérus immobile, culs-de-sac de carton. L'empâtement se sent jusqu'au dessus du pubis.

2° A la fin d'août : l'utérus est plus mobile, les culs-de-sac vaginaux plus souples. Les annexes gauches forment dans le cul-de-sac de Douglas une masse, du volume d'une mandarine, très douloureuse. A droite, elles sont du volume d'un œuf, dures, bosselées et douloureuses.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 16 septembre 1893. — L'utérus descend peu, il est enlevé par morcellement et évidement. La trompe gauche contient un verre à Bordeaux de pus épais; la trompe droite environ une cuillerée à bouche. Les annexes sont complètement enlevées.

Durée : Trente-cinq minutes. Neuf pinces.

Suites opératoires. — A noter une élévation de température à 38°4 les soirs des sixième et septième jours. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le quatrième jour. Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 15 octobre 1893.

En avril 1894, guérison absolue.

Observation 157 (Cazin)

Abcès pelvien à gauche. — Pyosalpinx droit. — Opération de Péan. — Au bout de six semaines, incision sus-inguinale d'une tumeur pelvienne gauche. — Mort le 4e jour.

Mme N...., âgée de 27 ans, entre le 11 septembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 11 ans 1/2. Les règles ont toujours été en retard de 8 à 10 jours, n'apparaissant que 9 ou 10 fois par an. Durée ordinaire : 2 jours. Pas douloureuses. Jamais de pertes blanches. De 16 à 20 ans, attaques fréquentes de coliques hépatiques.

Le 24 janvier 1893, accouchement; on est obligé de pratiquer la basiotripsie. Le bassin rétréci mesurait 7 centim. 1/2 de diamètre. A la suite, cystite, fréquence des mictions, pyurie. Ces phénomènes s'amendèrent au bout d'un mois. Depuis lors, jusqu'au 18 juillet, rien. Le 18 juillet, fausse couche de 2 mois 1/2. Le jour même, pertes de sang très abondantes. Pendant les jours qui suivent, état général grave, fièvre (40°), diarrhée profuse, douleurs atroces dans le bas-ventre, amaigrissement notable. Ces accidents s'amendent au bout de 10 à 15 jours; après quoi, il ne persiste que quelques tiraillements dans le bas-ventre et dans les lombes et une légère douleur à la pression, dans les deux aînes.

Examen. — Le 21 septembre. Utérus fixe. Masse dure en arrière descendant à trois travers de doigt au-dessous du col. Culs-de-sacs latéraux remplis par deux masses, dont celle de gauche paraît avoir le volume du poing.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 21 septembre 1893.—Incision du cul-de-sac postérieur. On arrive sur une masse dure, adhérente au rectum, remplie de fongosités. Morcellement par le procédé habituel. Ouverture d'un pyosalpinx à gauche. Ablation des annexes droites, perdues dans des fausses membranes et notablement altérées. Opération extrêmement pénible. La masse dure du Douglas est reconnue. Son ablation exposerait à la perforation du rectum. Laissée en place avec les annexes gauches.

Durée : 35 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Ablation des pinces 48 heures après l'opération. Pendant deux semaines pas d'incident. Etat général bon, mais la température est élevée et irrégulière, le pouls fréquent, avec des irrégularités, pas de symptômes locaux.

Du 1er au 10 octobre, la température redevient normale. Le pouls demeure fréquent et régulier.

Le 21e jour après l'opération, la malade se lève. La température vespérale les jours suivants s'élève à 39° et 39°5, grandes oscillations. La malade se plaint de douleurs passagères, d'élancements dans l'aîne gauche. L'exploration, pratiquée dans les premiers jours de novembre, montre au-dessus du pubis et surtout au niveau de l'aîne gauche, une induration, un plastron d'une hauteur de 3 à 4 travers de doigt. Le toucher vaginal, fort douloureux du côté gauche, ne démontre rien de bien exact.

Opération le 7 novembre 1893.

Incision parallèle à l'arcade de Fallope. Une exploration longue et minutieuse ne fait point découvrir trace de pus. On ramène un segment de trompe, abandonné au cours de l'hystérectomie. Drainage. Pansement iodoformé.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, la malade présente un aspect typhoïde. Pouls petit, incomptable, irrégulier. Le soir, subdelirium, strabisme, stertor.

Mort le 11 novembre, à 9 heures du matin, dans le coma.

Observation 158 (Cazin).

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan.— Guérison.

Mme L... Julie, âgée de 29 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 27 août 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée à l'âge de 13 ans. Mariée en 1879. 4 grossesses. La 1re normale en 1880 ; 2e normale en 1881; 3e en 1884, deux jumeaux morts de débilité au bout de quelques jours, un peu de péritonite à la suite de cette couche et abondantes pertes blanches pendant un mois ; 4e en 1886. Accouchement difficile, se lève au 15e jour. Pendant un mois, abondantes pertes blanches.

En 1889, à la suite de grandes fatigues, métrite hémorrhagique, qui dure 4 mois. Violentes douleurs abdominales, puis tout disparaît pendant 20 mois.

En 1891, au moment des règles, surviennent de violentes douleurs ovariennes. Puis celles-ci deviennent plus fréquentes et la malade se plaint d'accès quotidiens, de douleurs expulsives, semblables à des douleurs d'accouchement. En même temps, des pertes de sang s'établissent progressivement. D'abord les règles sont plus longues et plus abondantes, puis les hémorrhagies deviennent fréquentes et presque continuelles, elles s'accompagnent de douleurs sourdes avec élancements

dans les aînes. Les douleurs et les hémorrhagies reparaissent à la moindre fatigue, aussi la malade garde-t-elle presque toujours le lit et prend-elle 2 ou 3 centigr. de morphine en piqûres.

En janvier 1893, un curettage arrête les pertes, mais les douleurs continuent aussi violentes.

Actuellement les douleurs sont aussi violentes, mais les pertes ont beaucoup diminué. L'état général est moins mauvais. La malade est extrêmement nerveuse, à plusieurs reprises elle a eu des accès de grande hystérie. La moindre émotion provoque des crises nerveuses avec sensation de boule.

Examen. — Utérus en situation normale, un peu gros. Les annexes forment des deux côtés une tumeur du volume d'une mandarine, très douloureuse, très adhérente. Le palper combiné provoque des douleurs presque syncopales.

Diagnostic vérifié sous chloroforme. — Salpingite double, probablement kystique.

Hystérectomie vaginale le 23 septembre 1894. — Morcellement du col, hémisection du corps, ablation complète des annexes, trompes atteintes de salpingite parenchymateuse hypertrophique. Ovaires scléro-kystiques.

Durée : 15 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires.— Pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 4e jour.

Pas d'incident de convalescence, sauf une grande tristesse, quelques bizarreries de caractère.

Elle se lève le 18e jour et part le 14 octobre 1893.

Morte d'une affection pulmonaire aiguë, le 20 novembre 1893.

Observation 159 (Cazin).

Pyosalpinx double. — Périmétro-salpingite. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme R..., âgée de 40 ans, entre le 13 septembre 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents.— Réglée à 11 ans 1/2. Durée des règles de 4 à 8 jours. Ni enfants ni fausse couche. Depuis un an, règles un peu irrégulières, tantôt en avance, tantôt en retard. Rarement des pertes blanches.

Il y a un mois, après quelques jours où la malade ressentit un léger malaise, un peu d'inappétence, de la diarrhée, tout à coup elle fut prise, dans le côté droit, d'une violente douleur qui la força à se coucher. Pas de tendance à la syncope, mais faiblesse extrême. Fièvre le soir. Cet état dure plusieurs jours, après lesquels tout semble se calmer. Il restait de l'inappétence, des nausées. Le 6 septembre, les

douleurs reviennent subitement atroces, arrachant des cris à la malade, douleurs qui se calmèrent bientôt par l'écoulement subit d'une quantité énorme d'un pus verdâtre, fétide, par le rectum. Cet amendement des douleurs persista et durant quelques jours, la malade, très faible, continue à perdre une certaine quantité de pus. L'écoulement dura quatre jours, après lesquels les douleurs reprirent, tantôt insupportables, ne cédant qu'à la morphine, et supprimant le sommeil, tantôt moins aiguës. Pendant plusieurs jours, les matières fécales ont été imprégnées de pus.

Examen. — L'utérus est enclavé au milieu de masses fluctuantes qui bombent dans les culs-de-sac latéraux et postérieur et dont la gauche remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Le soir la température oscille entre entre 38°4 et 39°. L'état général est cependant bon, malgré l'inappétence, les nausées, la constipation.

Diagnostic. — Pyosalpinx double. Périmétro-salpingite suppurée, fistuleuse dans le rectum.

Hystérectomie vaginale, le 23 septembre 1893. — Utérus enclavé, enlevé laborieusement par morceaux, sans règles précises. Au cours de l'opération, on crève trois poches à pus fétide : une dans le cul-de-sac de Douglas, une autre en arrière et à droite ; une autre en avant et à gauche. Le toucher montre que ces poches ont des parois tomenteuses, relativement minces. Le péritoine est ouvert en haut et à gauche, où l'épiploon adhérent a suivi l'utérus. Dans une manœuvre à l'aveugle, l'intestin est légèrement piqué par le mors d'une pince à abaissement, mais n'est pas déchiré.

Durée de l'opération : 25 minutes. 3 pinces.

Suites opératoires. — La température reste normale, sauf les soirs des 2e et 4e jours, où elle s'élève à 38°2. Les pinces sont enlevées en même temps que les tampons au bout de 48 heures. Aucun incident de convalescence. L'écoulement vaginal se tarit peu à peu, et la malade part guérie le 24 octobre 1893.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 160

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse droite.
Opération de Péan. — Guérison.

Madame L..., âgée de 33 ans, entre le 26 septembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, mariée à 20 ans ; cinq enfants dont 4 vivants. Poussée de pelvi-péritonite il y a quatre ans à la suite de couches. La maladie a débuté il y a 6 mois, la malade commença à souffrir au moment des règles ; elle était obligée de garder le lit plu-

sieurs jours, elle perdait alors presque constamment en blanc. Au mois de septembre, les douleurs ont été plus vives et des métrorrhagies se produisirent trois fois dans le cours du mois. Les douleurs ont toujours été plus marquées à gauche.

Examen. — Actuellement l'appétit est nul, douleurs gastralgiques fréquentes, constipation habituelle. Palpitations. Réflexes normaux, sauf le réflexe pharyngien, qui est diminué. Pas de trouble de la sensibilité générale ni spéciale. Caractère un peu violent, la malade pleure facilement ; est très impressionnable. Pas de crises de nerfs. Etat général : amaigrissement très prononcé.

Utérus de volume normal, en antéversion et dévié à gauche. Salpingite double, lésions très marquées des annexes gauches.

Hystérectomie vaginale, le 3 octobre 1893. — Utérus abaissable. Ablation du col. Morcellement de la face antérieure. La trompe gauche contient un verre de pus. L'ovaire droit se trouve dans le cul-de-sac de Douglas et présente des lésions peu importantes. Mais la trompe, du volume du pouce, est parenchymateuse.

Durée : 1 heure. Douze pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le troisième jour. Aucun incident de convalescence. La malade part guérie le 28 octobre.

En février 1894, guérison absolue.

Observation 161 (Personnelle)

Kyste de l'ovaire droit. — Hydrosalpinx gauche. — Opération de Péan. Guérison.

Mme Schm..., âgée de 34 ans, est opérée, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 4 octobre 1893.

Réglée à 18 ans d'une façon normale et régulière, elle n'a jamais été enceinte. A 24 ans, elle contracte la syphilis pour laquelle elle s'est seulement soignée pendant six mois.

En juin 1893, elle est prise subitement d'une douleur abdominale qu'on diagnostique d'abord colique hépatique. Un examen plus attentif fait reconnaître une tumeur pelvienne. Cette tumeur, sentie par la malade elle-même, s'accroît peu à peu, déterminant des phénomènes de compression (douleurs modérées, pesanteur du côté de la vessie et du rectum).

M. Segond, consulté, diagnostique un kyste de l'ovaire droit, du volume des deux poings, et une salpingite kystique gauche.

Hystérectomie vaginale, le 4 octobre 1893. — Morcellement du col. Hémisection du corps. Ablation totale des annexes. Le kyste droit

contient un liquide clair. Hydrosalpinx à gauche : rien à l'ovaire gauche.
Durée : 35 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces et les tampons sont enlevés après 48 heures.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le dix-huitième jour et part guérie le 31 octobre.

Revue le 14 février 1894. État général excellent. État local parfait. Aucun trouble vicariant. Pas de modification de l'appétit sexuel.

Observation 162 (Cazin)

Fibrôme de la paroi antérieure. — Hématosalpinx double.
Opération de Péan. — Guérison.

Mme B...., âgée de 46 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée depuis l'âge de 13 ans, toujours régulièrement, l'est encore actuellement. Quatre accouchements normaux. Il y a deux ans, fausse couche d'un mois (d'après le diagnostic de son médecin). Depuis cette époque, douleurs dans la région coccygienne, principalement lorsque la malade est assise. Pas de métrorrhagies ni de pertes d'aucun genre. Les règles avaient conservé leur durée normale. Le traitement médical n'a donné aucun résultat.

Examen. — Le toucher indique une masse volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, dépendant de l'utérus. Les annexes sont grosses, surtout à droite et très douloureuses.

Diagnostic. — Fibrôme de la paroi postérieure. Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 7 octobre 1893. — Hystéromètre donne 11 centimètres. Curettage préalable. Hystérectomie vaginale suivant le procédé classique. Ablation bilatérale des annexes (hématosalpinx double). Poids du fibrôme, 120 gr.

Durée de l'opération : 20 minutes, 12 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

La malade part guérie le 2 novembre 1893.

Observation 163 (Cazin)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mad. O...., âgée de 29 ans, entre le 2 octobre 1893, à la Maison municipale de santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Menstruation régulière, mais douloureuse; mariée à 22 ans. Pas d'enfants, ni de fausse couche. Leucorrhée.

Depuis deux ans, douleurs pelviennes plus intenses, irradiation lombaire. Application de teinture d'iode sur le col, cautérisation au nitrate d'argent qui n'amène aucune amélioration. Au mois de mars dernier, la malade vient à Lariboisière, chez M. Périer, qui, dit-elle, pratique une ponction au côté gauche de l'abdomen ; cette ponction aurait amené l'évacuation d'une certaine quantité de pus, ce qui aurait produit un certain soulagement.

Les douleurs devenant de plus en plus intenses, particulièrement à droite, la malade garde le lit. Elle se plaint de plus de vaginisme et cesse tout rapport sexuel. Le toucher vaginal ne peut être pratiqué que sous chloroforme.

Actuellement : bon appétit. Digestion facile. Constipation habituelle. Palpitations fréquentes. Depuis le commencement de ses souffrances, la malade est devenue très émotive ; elle s'emporte facilement. Crises de nerfs fréquentes, sans perte de connaissance. Sensation de boule. Douleur au sommet de la tête. Emission abondante d'urine claire après chaque crise.

Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes normaux.

Examen sous le chloroforme. — Toucher très difficile, utérus élevé, mobile, dimension normale. Annexes volumineuses, surtout à gauche, où la trompe semble kystique.

Diagnostic. — Salpingite kystique gauche, interstitielle à droite.

Hystérectomie vaginale le 14 octobre 1893. — Morcellement et évidement classiques. Ablation complète des annexes. Les trompes ont le volume du petit doigt. Les ovaires, triplés de volume, sont très adhérents.

Durée : 1/2 heure. 7 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour. Aucun incident de convalescence. La malade sort guérie le 11 novembre 1893.

Guérison absolue en février 1894.

Observation 164 (Cazin)

Pyosalpinx double très adhérent. — Opération de Péan. — Fistulette intestino-vaginale, fermée spontanément au bout de six semaines. Guérison.

Mme T...., entre le 30 septembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Pendant l'adolescence, chloro-anémie. Réglée à 17 ans, règles très abondantes, douloureuses, pas de leucorrhée.

A 21 ans, curettage. La malade se lève au bout de quelques jours et n'éprouve aucun soulagement. La malade parle d'une opération mal déterminée qui lui aurait été faite à cette époque.

Ni enfants, ni fausse couche. Somme toute, règles toujours difficiles et douloureuses. Douleur même en dehors des règles.

Maladie actuelle : Le 8 août 1893, la malade fait une chute sur le siège, le jour même elle perd un peu de sang. Les jours suivants les pertes augmentent de quantité. L'appétit se perd, la malade s'affaiblit. Il survient des douleurs dans le bas-ventre, surtout marquées du côté gauche. Les douleurs sont continues, aussi bien que les pertes.

Le 14 août, la malade s'alite; on pose des sangsues, le sang s'écoule par les plaies 14 heures durant, avec une telle abondance, qu'on est obligé de placer sur chaque piqûre une pince hémostatique.

Le 22 août, les règles apparaissent normales. Rien de particulier le mois suivant. Le 15 septembre, règles très douloureuses, très abondantes, depuis souffrances très vives, bilatérales.

La température, au dire de la malade, n'a point, avant son arrivée à l'hôpital, dépassé 38°.

Examen. — Utérus immobile, enclavé, non abaissable; hystéromètre : 6 centimètres. A gauche, grosse masse indurée, non fluctuante. A droite, masse plus petite, indurée, non fluctuante.

Diagnostic. — Pelvi-péritonite. Double ovaro-salpingite, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale le 14 octobre 1893. — Morcellement et évidement très laborieux. Décortication assez facile des annexes droites : la trompe contient un verre à Bordeaux de pus. Les annexes gauches, également suppurées, sont incomplètement décortiquées, au prix des plus grands efforts, de leurs adhérences intestinales.

Durée : 40 minutes, 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction de la température. Pouls à 140 les soirs du 2e et du 4e jour. Ablation des pinces après 48 heures,

des tampons le 3e jour. On s'aperçoit alors d'une petite fistule intestinale qui laisse passer peu de matières liquides.

Aucun incident de convalescence : La malade se lève le 20e jour et part le 6 décembre 1893. La fistule ne donne plus qu'un suintement insignifiant. Elle se ferme spontanément à la fin de décembre. Le 20 janvier la malade, en parfait état local et général, constaté par mon collègue et ami Malherbe, part pour le Midi.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 165 (Cazin).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle B..., âgée de 27 ans, entre le 3 octobre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Mère atteinte de fibrôme utérin.

Elle a été réglée à 13 ans, mais la malade fut un an sans être réglée et ce n'est qu'à l'âge de 14 ans que la menstruation devint régulière.

A 17 ans, douleurs au niveau du bas-ventre. Dysménorrhée, leucorrhée ; la malade est obligée de garder le lit plusieurs jours chaque mois. Mariée à 25 ans, grossesse pénible, accouchement difficile. Peu de temps après, poussées de pelvi-péritonite à répétition. Depuis un an les douleurs n'ont fait qu'augmenter ; le moindre travail est impossible ; la malade se plaint surtout de douleurs pelviennes bilatérales qui l'obligent à garder le lit presque continuellement. Elle perd constamment beaucoup en blanc.

Etat actuel : Peu d'appétit. Amaigrissement assez marqué. Constipation opiniâtre. Digestion difficile. Envies fréquentes d'uriner. Palpitations. La malade est très nerveuse, plusieurs attaques de nerfs par jour pendant sa grossesse pendant lesquelles elle perdait connaissance. Ces crises sont devenues beaucoup plus rares : Sensation de boule et de clou au sommet de la tête. Pas d'hémianesthésie, réflexes normaux.

Examen sous-chloroforme. — Utérus petit. Annexes très dures formant deux petites masses du volume d'un œuf dans les culs-de-sac latéraux.

En résumé, petites lésions surtout ovariennes (dégénérescence scléro-kystique) bilatérales. Intervention surtout dictée par les douleurs continuelles et l'impotence fonctionnelle.

Hystérectomie vaginale le 14 octobre 1894. — Morcellement du col et hémisection du corps. Ablation complète des annexes (Salpingite interstitielle et ovaires scléro-kystiques), adhérences péri-annexielles assez fortes.

Durée : 15 minutes. 4 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Ablation des pinces au bout de 48 heures; des tampons le 4e jour. La malade se lève le 18e jour et part guérie le 9 novembre 1893.

Observation 166 (Personnelle)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme D...., âgée de 34 ans, entre le 11 octobre 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Règles normales, durée 5 jours. Ni enfants, ni fausses couches. Pas de maladies antérieures. La maladie actuelle a débuté il y a 8 ans. Règles en avance, prolongées, abondance inaccoutumée, douloureuses (douleurs dans l'hypogastre, les lombes, les cuisses), pas de leucorrhée. Cela dura 2 ou 3 ans. Apparition de douleurs pelviennes, il y a 2 ans, continuelles, exaspérées par accès. Constipation opiniâtre. Pollakiurie, dysurie. Dans les derniers mois, les écoulements sanguins ne cessent plus, la malade est toujours dans le sang.

Diagnostic. — Fibrôme sous-péritonéal, couché à droite. Pyosalpinx gauche.

Hystérectomie vaginale, le 17 octobre 1893. — Incision préalable du cul-de-sac postérieur, ce qu'on avait pris pour un fibrôme est une trompe kystique. Morcellement classique. On ouvre successivement la poche droite formée par la trompe et remplie de liquide séreux. La trompe gauche contient un demi-verre de pus. Ablation complète des annexes. Résection de deux fragments d'épiploon.

Durée : 35 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le quatrième jour.

Aucun incident de convalescence. La malade sort guérie le 4 novembre 1893.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 167 (Cazin)

Salpingite interstitielle double. — Ovaires scléro-kystiques.
Opération de Péan. — Guérison.

Mme D..., âgée de 23 ans, entre le 29 septembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Dès son jeune âge (7 à 8 ans) leucorrhée. Réglée à à 17 ans. Règles toujours en retard, peu abondantes, un peu douloureuses. Dans l'intervalle des règles, pertes blanches, continuelles.

Ni enfants, ni fausses couches.

Maladie actuelle. Début en janvier 1892. Par moments douleurs, tiraillements dans les lombes et dans les flancs. Dans l'intervalle des règles, la malade perd de petits caillots. Règles en retard de huit jours. A cette époque, la malade est forcée de s'aliter. Les douleurs reviennent par intermittences, sans relation avec les règles.

Règles très abondantes. Dans leur intervalle, la malade perd toujours un peu de sang.

Curettage, en décembre 1892. La malade se repose pendant un mois, et est soulagée. A la suite de fatigues (séances prolongées et répétées de patinage), les douleurs reparaissent, ainsi que les métrorrhagies. Constipation habituelle; mictions fréquentes et douloureuses.

Deuxième curettage, en juillet 1893. La malade s'alite définitivement et ne quitte pas le lit jusqu'à son entrée à Dubois, le 29 septembre 1893.

Examen. — Utérus mobile, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Ovaires scléro-kystiques, très adhérents. Hystéromètre 10 centim. 1/2.

Hystérectomie vaginale, le 19 octobre 1893. — Opération classique. Ablation bilatérale de l'utérus et des annexes. Pas de fibrôme. Adhérences molles et saignantes autour des annexes, boules gélatineuses appendues aux trompes. Des deux côtés, salpingite interstitielle ; ovaires scléro-kystiques. Dans la portion utérine des trompes, épaississement pariétal donnant une sensation fibreuse.

Durée : 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Température à 38°2 les soirs des deuxième et quatrième jours. Pas d'incidents de convalescence.

La malade se lève le dix-huitième jour et part le 18 novembre 1893.

En février 1894, guérison complète.

Observation 168 (Personnelle)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Jules D..., âgée de 23 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 16 octobre 1893.

Antécédents. — Réglée à 14 ans; les règles durent 5 ou 6 jours, avec dysménorrhée et vomissements le premier jour. Mariée à 17 ans ; la dysménorrhée cesse après le mariage. Dix-neuf mois après le mariage, naissance d'un enfant : accouchement normal et dans de bonnes conditions. Quelques mois après l'accouchement, pertes blanches prononcées,

mais sans douleurs qui puissent attirer l'attention de la malade ; l'état général reste bon.

Le 9 Juin 1893, M[me] D... consulte le docteur Budin : depuis quelques temps, en effet, elle souffrait du ventre et les douleurs étaient devenues telles, qu'elle ne pouvait plus supporter son corset. A ce premier examen le Docteur Budin ne constate qu'une érosion du col ; il rassure la malade et lui dit qu'avec quelques cautérisations elle sera guérie.

Le soir du même jour, Madame D..., étant en promenade, éprouve dans le rein et dans le ventre des douleurs telles, qu'elle se trouve mal et doit rentrer immédiatement à la maison. Pendant une semaine elle garde la chambre, se levant le moins possible. Le docteur Budin est appelé ; il constate un état congestif des annexes, et donne des injections de cinq litres à 45°, et recommande de garder le lit dans la position horizontale. Le docteur Budin revient plusieurs fois, et fait placer deux vésicatoires sur le côté gauche, puis un troisième sur le côté droit du ventre, il promet qu'au bout de deux mois de repos absolu, la guérison sera complète.

Un examen fait le 15 août permet de constater que les annexes du côté gauche sont augmentées de volume et prolabées.

Le 15 septembre, le docteur Segond constate que l'utérus est le siège d'une endométrite très prononcée, avec ulcération du col sur les deux lèvres ; longueur de l'utérus, huit centimètres et demi ; que dans le cul-de-sac gauche on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, tendue, à surface absolument lisse et adhérente à l'utérus ; que dans le cul-de-sac droit on ne trouve rien mais qu'un peu plus haut, dans l'aine, à l'examen bimanuel, on sent une masse adhérente formée par la trompe et l'ovaire droits, triplés de volume.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 20 octobre 1893. — Morcellement et hémisection. Ablation complète des annexes : celles du côté droit sont très adhérentes. Les trompes ont le volume de l'index et sont atteintes de salpingite parenchymateuse hypertrophique ; les ovaires sont bourrés de kystes. Au-dessous de l'ovaire gauche, petit kyste du volume d'un abricot, à contenu citrin.

Durée : 15 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des trompes le 8[e] jour.

Pas d'incident de convalescence.

La malade se lève le 20[e] jour.

En avril 1894, guérison absolue.

Observation 169 (Personnelle)

Périmétro-salpingite suppurée, à plusieurs reprises ouverte dans le rectum. — Opération de Péan. — Mort de shock.

Mme Cam..., âgée d'environ 30 ans, entre chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 25 octobre 1893.

Cette malade est atteinte d'une périmétro-salpingite suppurée, d'origine puerpéro-blennorrhagique, depuis deux ans. A plusieurs reprises, la malade a évacué du pus par le rectum. Son état général est des plus graves : l'appétit est nul, l'amaigrissement considérable.

Une seule opération peut offrir à la malade une chance de salut, c'est l'opération de Péan, purement évacuatrice.

Hystérectomie vaginale, le 27 octobre 1893 (Devant MM. les Drs Monod et Wickham). — Morcellement des plus laborieux. Friabilité extrême de l'utérus qui, cependant, est enlevé en totalité. Ouverture au cours du morcellement de trois poches énormes à pus fétide. Opération absolument extra-péritonéale.

Durée : 1 heure 1/2. 6 pinces.

L'opération terminée, on casse dans la vessie une sonde en verre qui a servi à introduire la sonde de de Pezzer. M. Monod parvient à la retirer au bout de 20 minutes.

Suites opératoires. — Malgré les soins les plus assidus, la malade ne parvient pas à se réchauffer et meurt dans la nuit du 28 au 29 octobre 1993.

Observation 170 (Cazin)

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme B..., âgée de 30 ans, entre le 23 octobre 1893, à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, règles normales. Deux enfants, le premier à 20 ans, le deuxième à 24 ans. Grossesses normales ; bonnes suites de couches.

Pas de fausse couche.

Maladie actuelle. Début : Avril 1892. Les règles n'apparaissent pas durant trois mois. Leur reprise, en juin 1892, est suivie de pertes rouges extrêmement abondantes, accompagnées de violentes douleurs dans l'hypogastre, les aînes, les lombes. Pas de fièvre ; la malade continue à vaquer à ses occupations. Ces métrorrhagies durent tout l'été de 1892, ne s'interrompant que pendant de courts intervalles.

Pendant l'hiver de 1892-1893, les règles redeviennent normales ; mais, entre temps, pertes blanches empesant le linge. Douleurs continues dans les régions précitées.

Même état de choses pendant l'année 1893. La malade s'amaigrit peu à peu ; l'appétit diminue.

En octobre, les accidents redoublent d'intensité ; la malade commence seulement à prendre des injections chaudes au sublimé. Pas de fièvre.

Examen. — Utérus en antéversion. Col gros. Annexes droites du volume d'un petit œuf, très douloureuses, dures, peu mobiles. Annexes gauches un peu moins douloureuses, mais plus adhérentes et aussi volumineuses.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale le 28 octobre 1893.— Curettage préalable. Morcellement et évidement. Ablation complète des annexes. Les ovaires sont bourrés de kystes, les trompes, du volume de l'index, présentent les lésions de la salpingite interstitielle hypertrophique.

Durée : 25 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Pas de réaction de la température. Pouls à 120 jusqu'à l'ablation des pinces. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le quatrième jour. Aucun incident de convalescence. La malade se lève le dix-huitième jour et part guérie le vingt et unième jour.

Revue au bout de trois mois (janvier 1894), en parfaite santé. Quelquefois cependant, quand elle se fatigue trop, elle ressent de légères douleurs dans l'hypogastre.

Le 8 décembre dernier, époque des règles, bouffée de chaleur à la tête : migraine intense, éruption sur le front.

Les accidents se calment en 2 ou 3 jours.

Observation 171 (Le Masson)

Abcès de l'ovaire gauche. — Salpingite parenchymateuse droite. Opération de Péan. — Guérison.

Mme K..., âgée de 36 ans, entre le 25 octobre 1893 à la Clinique Baudelocque, service du professeur Pinard.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Malade très nerveuse, présente à la région sacrée une légère déviation de la colonne vertébrale due à une chute faite à l'âge de 17 ans. 1res règles à 14 ans 1/2. Deux jours d'avance. Pas douloureuses. Durée : 3 ou 4 jours. Un accouchement normal, à 19 ans. Pas de fausse couche. Deux ans après

l'accouchement, en 1878, sans cause apparente, apparurent des ménorrhagies abondantes durant une dizaine de jours, puis tout rentrait dans l'ordre jusqu'à la fin du mois. Ces ménorrhagies persistèrent 4 ou 5 mois pendant lesquels pas de traitement. Etat normal pendant 1 an environ.

De 1879 à 1889, la menstruation a été régulière, mais s'est accompagnée de douleurs abdominales violentes plus accusées à droite, irradiées dans les cuisses et les reins. Ces douleurs, exaspérées surtout le premier jour des règles, se terminaient avec elles. De temps en temps dans l'intervalle, écoulement leucorrhéique et glaireux. Plusieurs médecins consultés, pendant cette période, ont mis cet état sur le compte de l'anémie et ont donné des fortifiants. Peu d'amélioration. De 1889 à 1893, outre les douleurs de la période menstruelle, la malade a éprouvé une série de crises excessivement douloureuses (une dizaine environ) comparables, dit-elle, à celles de l'enfantement. La crise durait environ cinq minutes généralement et était indépendante des règles.

L'état s'est aggravé surtout depuis un an. Les douleurs dans le basventre sont devenues continuelles, plutôt agaçantes qu'aiguës. Ballonnement du ventre. Impossibilité de porter le corset. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de troubles de la miction.

A la fin de septembre, la malade a eu la grippe, puis au bout de 2 ou 3 jours, les douleurs abdominales se sont accentuées. Elle a eu la fièvre, et un abcès, contenant environ 2 à 3 verres de pus, s'est vidé par le rectum.

Actuellement la malade a eu ses dernières règles du 14 au 18 octobre. Elle entre à Baudelocque le 25 octobre. Pas de douleurs vives, pas de pertes. Urines normales. Cœur : à l'auscultation on entend un petit prolongement systolique à la pointe.

Examen. — Le palper abdominal n'est pas douloureux. Le toucher vaginal combiné avec la palpation permet de constater un utérus enclavé dans des lésions de pelvi-péritonite ancienne. Les annexes gauches sont grosses et douloureuses. On sent également dans le fond de l'utérus un corps fibreux ayant environ le volume d'une mandarine.

Hystérectomie vaginale le 8 novembre 1893.— 1° Curettage, l'hystéromètre mesure 11 centim. 2° Hystérectomie, évidement conoïde. Utérus difficilement abaissable, sa face postérieure étant alors fortement saisie par une grosse pince en guise d'écarteur, est morcelé sans qu'on ouvre le péritoine. Morcellement d'un fibrôme interstitiel situé dans la paroi antéro-supérieure gauche de l'utérus, et du volume environ d'une petite orange.

Ensuite, la traction exercée sur l'utérus détermine l'abaissement en bloc ; on retire alors du côté droit des annexes petites et très adhérentes à l'épiploon ; rupture d'un petit kyste de l'ovaire droit. Les annexes gauches sont plus difficiles à débarrasser de leurs adhérences épiploïques. Dans cette manœuvre, évacuation d'environ

un verre à Bordeaux de pus fétide, provenant de l'ancienne poche purulente qui est formée aux dépens de l'ovaire et une ligature perdue est appliquée sur un fragment d'épiploon. Ablation complète des annexes.

Examen microscopique des pièces. — L'ensemble des pièces pèse 310 grammes, fibrome gros, environ comme une petite orange. Un autre petit fibrome, énucléé dans le cours de l'opération, a le volume d'une noisette. Annexes droites : trompe hypertrophiée, petit kyste de l'ovaire. Annexes gauches transformées en poche contenant le reste du pus évacué pendant l'opération, et un mois auparavant. Cette poche est constituée seulement aux dépens de l'ovaire.

Durée : 40 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls. Température normale, sauf 38° le soir du quatrième jour, et 38°6 le soir du cinquième jour. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence, la malade se lève le dix-huitième jour, et part guérie le 30 novembre 1893.

Observation 172 (Personnelle).

Salpingite parenchymateuse double. — Ovaires bourrés de kystes. Opération de Péan. — Guérison.

Madame Cl..., âgée de 39 ans, entre le 9 novembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, menstruation douloureuse; mariée à 23 ans, 4 enfants et 2 fausses couches.

Depuis sa première couche, les douleurs sont plus marquées, on la soigne pour des ulcérations du col. Leucorrhée habituelle.

On lui fait un curettage en 1889, qui amène une certaine amélioration de l'état local et général ; mais les douleurs survenant avec une nouvelle intensité, la malade consulte M. Marchand, à Saint-Louis, qui porte le diagnostic de salpingite double avec lésions plus marquées du côté gauche. La malade entre alors à la Maison Dubois, dans le service de M. Segond, où on lui fait un deuxième curettage et des pointes de feu qui ne produisent pas d'amélioration notable. C'est alors qu'elle se décide à rentrer à Dubois.

Examen. — Appétit nul. Digestion difficile. Diarrhée habituelle.

Palpitations. Etat général médiocre, amaigrissement assez prononcé, teint pâle. Crises de nerfs fréquentes sans perte de connaissance, malade très irritable, pleurant facilement. Douleur au sommet de la tête. Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale.

Utérus : Souffrances vives au moment des règles, surtout les jours qui précèdent. Pertes blanches continuelles ; la malade a fréquemment du ballonnement du ventre, qui est douloureux à la pression, au niveau des ovaires. Les douleurs s'irradient aux régions lombaires et épigastrique.

Toucher vaginal sous le chloroforme. Utérus assez mobile remontant à 2 travers de doigt au-dessus du pubis et flanqué de 2 tumeurs annexielles très adhérentes, dont l'une, la droite, est de volume du poing, la gauche moitié moindre. Pas de fluctuation franche.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double kystique. Prédominance probable des lésions ovariennes.

Hystérectomie vaginale le 14 novembre 1893. — Résection du col. Hémisection de Doyen sur le corps utérin. Ablation complète des annexes. Ovaire gauche de la grosseur d'un œuf de poule, contient trois kystes hématiques. Trompe hypertrophiée. Ovaire droit contient un kyste séreux uniloculaire du volume d'une orange. Trompe hypertrophiée.

Durée : 15 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces et des tampons 48 heures après.

Le 15e jour, ictère qui persiste encore quand la malade quitte Dubois le 16 décembre 1893.

En mars 1894, guérison complète.

Observation 173 (Personnelle).

Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. — Salpingite interstitielle double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Lem..., âgée de 40 ans, entre le 22 novembre 1893 chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Réglée à 14 ans d'une façon normale et régulière. Ce n'est guère que depuis 5 ou 6 ans qu'elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre des deux côtés sans prédominance des douleurs d'aucun côté. Ces douleurs ont pris depuis quelques mois une intensité considérable. Elles sont continuelles, obligent la malade à rester la plupart du temps au

lit. En outre, les règles sont devenues extrêmement abondantes et, dans leur intervalle, les métrorrhagies sont devenues fréquentes. En présence de ces symptômes que le traitement médical n'améliore pas, et des lésions très nettes des annexes des deux côtés, le professeur Pinard conseille la castration totale, qui est acceptée et pratiquée par M. Segond.

Hystérectomie vaginale le 24 novembre 1893. — Morcellement du col; hémisection du corps. Ablation totale des annexes très adhérentes. Ovaires volumineux bourrés de kystes, trompes épaisses, du volume du petit doigt.

Durée : 12 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le quatrième jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 21e jour et part guérie au bout d'un mois.

Guérison complète en février 1894.

Observation 174 (Le Masson)

Fibrômes utérins. — Salpingo-ovarite double. — Opération de Péan. Guérison.

Mme C..., âgée de 48 ans, entre le 28 novembre 1893, à la Clinique Baudelocque, service du professeur Pinard.

Antécédents. — Premières règles à 16 ans, régulières, peu douloureuses. Ecoulement ordinaire. Durée, 5 jours. 3 accouchements à terme (1866-1869-1872). Pas de fausses couches.

Début de la maladie actuelle en 1879. Les règles deviennent irrégulières; sans perdre abondamment, la malade était presque continuellement dans le sang. De 1886 à 1888, métrorrhagies abondantes et continues, accompagnées de douleurs lombaires vives. A cette époque, les douleurs abdominales étaient insignifiantes et il n'y avait aucune espèce de troubles fonctionnels. En 1888, sous chloroforme, M. le docteur Segond père enlève un polype fibreux ayant, dit la malade, environ le volume d'une grosse noix.

Quatre ans durant la malade reprend ses occupations ordinaires sans douleurs, sans pertes. Menstruation régulière. En février 1892, ménorrhagies, puis métrorrhagies de plus en plus abondantes jusqu'à l'époque actuelle. Les douleurs se calment sous l'influence du repos.

Il n'y a pas de troubles fonctionnels concomitants, sauf un peu de fréquence des mictions.

Examen. — Actuellement, état général très satisfaisant. Ne se plaint que de ses pertes. Urines normales. Rien au cœur. Au toucher et au spéculum on constate la présence d'un polype fibreux ayant à peu près le volume d'une mandarine et qui est engagé dans les lèvres du col.

Opérations : A. Extirpation du polype le mercredi 22 novembre 1893. Cette extirpation est pratiquée sous le chloroforme. Le polype a un aspect douteux. L'odeur est assez fétide. En explorant ensuite la cavité utérine, on trouve l'utérus assez gros et farci de petits fibrômes. De plus, double lésion des annexes. Tamponnement vaginal et intra-utérin. Les suites sont très simples. Pas de fièvre. Le tamponnement est laissé jusqu'à l'opération définitive.

B. *Hystérectomie vaginale, le 29 novembre 1893.* — Curettage et écouvillonnage avec le chlorure de zinc. Hystérectomie très difficile. Utérus complètement enclavé au milieu d'adhérences qui le fixent tant à la paroi rectale qu'à la paroi vésicale. Procédé ordinaire. L'évidement conoïde est très pénible à cause des adhérences avec la vessie surtout. Les annexes enclavées au milieu de vieilles adhérences et malades sont laissées en place. L'utérus enlevé est farci de nombreux, mais tout petits fibrômes.

Durée : 35 minutes, 6 pinces.

Suites opératoires.— Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le deuxième jour et part guérie le 25 décembre 1893.

Le 25 janvier, la malade écrit qu'elle se porte admirablement.

Observation 175 (Cazin)

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle M..., âgée de 42 ans, entre le 23 novembre 1893, à la Maison municipale de santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Père mort de maladie inconnue. Mère bien portante. Un frère mort de tuberculose pulmonaire à 36 ans.

Dans la première enfance, bronchite et fluxions de poitrine à répétition jusqu'à l'âge de 14 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Mariée à 18 ans. Fausse couche de 4 mois après 9 mois de mariage (vomissements incoercibles); délivrance artificielle. Convalescence longue.

Un an et demi après, accouche d'un fils à terme. Couches normales. Deux abcès du sein.

Redevient enceinte pendant qu'elle nourrit; accouchement d'une

fille. Deux ou trois jours après, grandes douleurs dans le ventre, fièvre ; péritonite soignée avec des cataplasmes, des vésicatoires, etc., qui dure deux mois.

Les règles reviennent ensuite régulièrement, un peu douloureuses. Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Depuis la dernière couche le ventre est resté gros, douloureux.

En 1880, poussée aiguë avec fièvre, la malade reste couchée pendant 3 mois (cataplasmes et vésicatoires) ; pertes rouges revenant presque continuellement. Amaigrissement, vomissements, ventre douloureux, surtout à gauche.

Depuis cette époque, la malade a plus ou moins traîné, gêne de la marche, douleurs des deux côtés du ventre, dans les cuisses. Envies continuelles d'uriner. Constipation habituelle.

En août 1892, petite crise durant un mois, au moment des règles ; puis, pertes blanches. Enfin, en août 1893, la malade est de nouveau obligée de s'aliter pendant trois mois, avec les mêmes douleurs qui deviennent de plus en plus aiguës : les crises durent quelquefois 12 heures, arrachant des cris à la malade (morphine, vésicatoires, injections au sublimé).

Sur les conseils des docteurs Coffin et Jalaguier, elle entre dans le service le 23 novembre 1893.

Examen. — Utérus gros en situation normale : 8 centimètres 1/2. De chaque côté tumeur du volume du poing, bosselée, dure, irrégulière.

Diagnostic. — Pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 2 décembre 1893. — Curettage préalable. Morcellement du col. Hémisection du corps. Décortication complète des annexes. A gauche, la trompe contient un verre à Bordeaux de pus. A droite la trompe moins volumineuse est également purulente. Les deux ovaires sont bourrés de petits abcès miliaires.

Durée : 30 minutes. 6 pinces,

Suites opératoires. — Température normale les sept premiers jours. Pouls reste normal, sauf 140 pulsations le soir du 2e jour. Du 7e au 14e jour, 38°2 tous les soirs, mais états général et local bons.

Ablation des pinces et des tampons au bout de 48 heures. L'écoulement vaginal est tari le 20e jour. La malade se lève le 19e jour, et part le 19 janvier 1894.

En mars 1894, guérison absolue.

Observation 176 (Cazin).

Fibrômes utérins. — Salpingite parenchymateuse double.

Mme Dij...., âgée de 36 ans, entre le 25 novembre 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans d'une façon normale et régulière. Elle se marie à 16 ans et n'a jamais eu d'enfants.

Il y a quinze mois, elle a une métrorrhagie qui dure trois semaines et s'accompagne de douleurs pelviennes intenses, accusées des deux côtés. La menstruation redevient régulière, mais les douleurs persistent plus violentes au moment des époques. Dans l'intervalle, il existe une leucorrhée assez abondante.

Au commencement de novembre 1893, elle a une nouvelle métrorrhagie qui dure 15 jours, et la décide à entrer à l'hôpital.

L'état général est satisfaisant. Pas de constipation ni de troubles de la miction.

Examen. — Utérus mobile, gros, bosselé ≐ 10 centimètres. Le col est volumineux, ulcéré.

Les annexes des deux côtés forment une masse du volume d'un œuf, très douloureuses, assez mobiles.

Diagnostic. — Utérus fibreux (type métritique de Pozzi). Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 2 décembre 1893.— Curettage préalable.

Incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. Morcellement et évidement classique. Ablation complète des annexes.

L'utérus est bourré de petits fibrômes interstitiels et sur le fond présente deux petits fibrômes pédiculés du volume d'une noix.

Les ovaires triplés de volume sont remplis de kystes. Les trompes ont la valeur de l'index.

Durée : 20 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température.

Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3e jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part guérie le 30 décembre 1893.

Observation 177 (Cazin).

Pyosalpinx droit. — Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme B..., âgée de 37 ans, entre à la Maison municipale de Santé le 2 décembre 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, mariée à 27 ans ; 3 enfants et une fausse couche ; le dernier enfant à 4 ans. Menstruation régulière, mais s'accompagnant de migraine.

Depuis 3 ans, la malade se plaint de douleurs particulièrement intenses

au côté droit de l'abdomen ; des injections chaudes furent alors prescrites. Il y a deux mois, la malade eut de vives douleurs abdominales accompagnées d'un écoulement verdâtre; le ventre était un peu ballonné, douloureux à la palpation. Douleurs marquées à droite, s'irradiant à la jambe droite. Depuis, la douleur s'est amendée mais la malade ne peut supporter aucune fatigue ; de plus, elle accuse du relâchement du sphincter vésical.

Examen. — L'utérus en antéversion est gros et un peu douloureux. Les annexes droites ont le volume d'une mandarine, très douloureuses, peu mobiles. A gauche on limite une tumeur fluctuante un peu plus petite et moins douloureuse.

Hystérectomie vaginale le 9 décembre 1893. — Epaisseur de la paroi antérieure : 2 centimètres. Gros kyste sanguin, uniloculaire de l'ovaire gauche qui est aplati sur ses parois. A droite, péri-annexite. Pavillon adhérent et fusionné avec l'ovaire. Ovaire scléro-kystique. Trompe remplie de pus (un demi-verre à Bordeaux environ).

Durée : 10 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Température à 39° et pouls à 120 le soir du quatrième jour. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence, la malade se lève le vingtième jour et part guérie le 21 janvier 1894.

Observation 178 (Personnelle).

Périmétro-salpingite suppurée. — Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Moy..., âgée de 41 ans, entre chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, le 7 décembre 1893.

Antécédents. — Réglée à 15 ans 1/2 d'une façon toujours normale et régulière, elle est devenue enceinte en 1885 et a accouché à terme le 10 avril 1886.

Le début de l'affection actuelle remonte au mois de septembre 1893. Depuis quelques jours, la malade souffrait de douleurs lombaires, quand dans la nuit du 20 au 22 novembre, elle fut réveillée par une douleur abdominale, brusque, d'une violence inouïe, presque syncopale. Les jours suivants la douleur, un peu atténuée, persista avec des irradiations lombaires très pénibles. Au commencement de décembre elle se localise plus particulièrement dans la fosse iliaque gauche. On constate alors à cette région une tumeur fluctuante du volume d'une tête d'adulte qui bombe dans les culs-de-sac vaginaux gauche et postérieur. Le ventre est ballonné, le pouls petit, la température oscille autour de 39°6, la malade maigrit et s'affaiblit à vue d'œil.

M. Segond, appelé auprès de la malade par le Dr Richard, diagnostique une double pyosalpinx avec périmétro-salpingite suppurée et conclut à l'hystérectomie.

Hystérectomie vaginale le 11 décembre 1893. — A l'ouverture du cul-de sac postérieur, il s'écoule un flot de pus fétide. L'utérus est enlevé par morcellement et évidement central conoïde, mais le tissu en est tellement friable que le fond se déchire sous la traction des pinces et ne peut être énucléé qu'avec les doigts. Au cours du morcellement, trois collections purulentes fétides sont ouvertes. Pas d'ablation d'annexes.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Le soir même, la température tombe à 37°5 et s'y maintient, en même temps le pouls se relève.

Les pinces et les tampons sont enlevés au bout de 48 heures et des injections instituées dès le soir du 3me jour.

La convalescence marche sans incident.

Le 21e jour, la malade, dont l'appétit et les forces étaient revenues, put se lever.

Elle rentrait chez elle au bout d'un mois ayant encore un léger suintement vaginal.

Le 4 février 1894, son état général est excellent. Elle a repris de l'embonpoint, marche sans fatigue. Le ventre est souple, indolore et l'écoulement vaginal est tari.

En somme, succès complet.

Observation 179 (Cazin).

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison

Mme J...., âgée de 40 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 25 novembre 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, mariée à 18 ans ; n'a jamais été enceinte. Depuis douze ans, la malade se plaint de douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite et survenant toujours dans l'intervalle des règles. Mais depuis le mois de janvier dernier, cette douleur survient régulièrement chaque mois, dure plus longtemps. Au mois d'août, les souffrances deviennent plus intenses et existent dans toute la région abdominale. En septembre, la malade eut une véritable crise qui dura tout le mois ; les douleurs furent beaucoup plus marquées du côté droit; pendant cette période le ventre était douloureux, ballonné, la malade avait de la fièvre, des vomissements, de la constipation et un peu de dysurie ; ces douleurs surviennent habituellement quatre ou cinq jours après les règles.

Examen. — Appétit médiocre, constipation opiniâtre, amaigrissement prononcé. Règles normales, durant deux ou trois jours. Pas de métrorrhagies. Le toucher vaginal fait constater que l'utérus est en rétroversion. On perçoit nettement dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, volumineuse, du volume du poing, accolée à l'utérus. A droite on limite une tumeur très douloureuse, du volume d'une mandarine. A gauche, les annexes ont le volume d'un œuf et sont moins douloureuses.

Diagnostic. — Fibrôme de la paroi postérieure. Salpingite double, probablement kystique.

Hystérectomie vaginale, le 14 décembre 1893. — Morcellement et évidement sans incident. Le fibrôme est morcelé après bascule en avant de l'utérus. Les annexes sont complètement enlevées. A gauche, salpingite interstitielle, ovaire bourré de kystes. A droite, salpingite parenchymateuse du volume du pouce.

Durée : 30 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 3e jour, aucun incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part guérie le 13 janvier 1894.

En février 1894, guérison complète.

Observation 180 (Cazin).

Pyosalpinx double. — Perimétro-salpingite séreuse.
Opération de Péan. — Guérison.

Mlle S..., âgée de 23 ans, entre le 23 novembre 1893 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bonne santé habituelle, bien réglée depuis l'âge de 13 ans. En janvier 1893, accouche d'une fille, à terme. Depuis, abondantes pertes blanches, douleurs dans le bas-ventre quand elle se fatigue, sensation de poids et élancements. En mai 1893, à la suite d'une grande fatigue, douleurs très fortes dans le bas-ventre, pertes rouges abondantes, 8 jours après la fin des règles. Les douleurs, les pertes blanches continuent avec des intensités diverses. Le 20 novembre, survient une douleur très violente, mais non subite, car elle n'acquiert son intensité maxima qu'après plusieurs heures. La marche exaspère cette douleur qui continue au lit, ce sont des élancements dans le bas-ventre. Les règles surviennent très peu abondantes, elles ne diminuent en rien les douleurs. Les douleurs continuent très violentes les jours suivants, avec des paroxysmes au moindre mouvement. La fièvre se déclare.

23 novembre, arrivée dans le service. Traces de 4 sangsues mises au bas-ventre, fièvre 38°5. Douleurs violentes à chaque mouvement et à l'exploration, ventre ballonné, faciès altéré, prostration, soif intense. La crise dure 15 jours, les douleurs continuent, nuit et jour, avec des paro-

xysmes, empêchant tout sommeil. La malade ne peut garder aucune nourriture, même le lait. Le 10 décembre 1893, à la suite de plusieurs purgatifs, survient une débâcle. Dès lors, la fièvre tombe définitivement à 37°5, l'appétit reparaît, les selles sont régulières, les mictions normales. Le ventre est dégonflé, les douleurs disparaissent presqu'entièrement le jour pour reparaître le soir. L'état général devient satisfaisant.

Examen. — Sensation dans le cul-de-sac postérieur d'une masse assez dure, mi-fluctuante. Utérus mou, assez volumineux.

Incision du cul-de-sac postérieur le 19 décembre 1893. Ouverture d'une poche péritonéale à contenu séro-sanguin. Ouverture d'une deuxième poche salpingienne à contenu semblable.

Diagnostic de bilatéralité des lésions. L'hystérectomie est décidée.

Hystérectomie vaginale. — Impossibilité de s'amarrer sur le col qui cède sous les pinces. Après la mise en place de deux pinces à la base des ligaments larges, on finit par s'amarrer sur du tissu utérin solide en arrière. Évidement conoïde et bascule rendus difficiles par la friabilité des tissus. Ablation totale des annexes. Les deux trompes sont suppurées, les ovaires remplis de petits abcès.

Durée : 25 minutes, 5 pinces.

Suites opératoires. — Température 38°4 le soir du 2e jour, pouls normal. Ablation des pinces après 48 heures, des tampons le 3e jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 20e jour et part guérie le 22 janvier 1894.

Observation 181 (Le Masson).

Kyste suppuré de l'ovaire droit. — Salpingite interstitielle gauche. Opération de Péan. — Guérison.

Mme V..., âgée de 24 ans, entre, le 10 octobre 1893, à la Clinique Baudelocque, service du Professeur Pinard.

Antécédents. — Syphilis en juillet 1893. Pas d'autres maladies, ordinairement bien portante. Pas nerveuse. Premières règles à 15 ans : trois ou quatre jours d'avance. Quelques coliques. Ecoulement très abondant; durée : six jours; un peu de leucorrhée les deux ou trois jours précédant les règles; mais pas dans l'intervalle. Mariée en 1891, une fausse couche de six semaines en février 1891. Un accouchement le 1er juillet 1893. Pendant la grossesse, douleurs lombaires continuelles assez vives et coliques. A la suite de ses couches et pendant trois semaines, elle présente des accidents graves du côté du petit bassin : métrorrhagies, douleurs, 40° et 41° de température. Les accidents aigus passés, elle est examinée à Baudelocque avant son départ et on lui trouve les annexes droites malades (Tumeur assez grosse et douloureuse).

De retour chez elle, elle fait une double phlegmatia. Le 18 septembre, elle est prise de coliques violentes et jusqu'au vendredi 6 octobre, elle a des métrorrhagies abondantes et continuelles. Pendant cette période, elle garde le repos mais ne suit aucun traitement spécial.

Elle entre à Baudelocque le 10 octobre : on lui fait des injections très chaudes, qui arrêtent les métrorrhagies ; mais les coliques continuent.

Examen. — La malade présente au toucher un utérus de volume à peu près normal, mobile. Le col n'est pas très gros, mais entr'ouvert, avec léger ectropion de la lèvre antérieure. Les annexes droites sont assez grosses et excessivement douloureuses. Les annexes gauches sont volumineuses et douloureuses. Rien au cœur. Urines normales.

Du 10 octobre au 20 décembre, la malade est soumise au repos absolu et aux injections très chaudes. Examinée de nouveau, au commencement de décembre, on trouve les mêmes lésions qu'au début, mais une augmentation des annexes surtout à droite. Celles-ci présentent une tumeur ayant à peu près le volume d'une mandarine, douloureuse et assez mobile A gauche, les annexes ont le double du volume normal et sont très douloureuses au toucher.

Diagnostic. — Double ovaro-salpingite, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale le 20 décembre 1894. — D'abord, incision du cul-de-sac postérieur, exploration digitale des annexes. Constatation d'adhérences plus accusées à droite qu'à gauche. 1er temps classique. Ablation successive des deux valves cervicales : procédé de Doyen. Après la bascule de l'utérus, décortication, sans beaucoup de difficultés, des adhérences annexielles gauches. A droite même manœuvre plus difficile pendant la destruction des adhérences. On crève avec le doigt une poche kystique dépendant de l'ovaire droit et d'où jaillit un liquide séro-purulent d'aspect louche et légèrement fétide. Résection d'une adhérence épiploïque après ligature.

Ablation complète des annexes. Annexes gauches : Ovaire scléro-kystique, trompe doublée de volume, lésion de salpingite interstitielle. Annexes droites : La poche kystique ouverte au cours de l'opération est formée aux dépens de l'ovaire. Le kyste a à peu près le volume d'une mandarine. Les franges du pavillon de la trompe sont couvertes de fongosités et adhérentes à l'ovaire. La trompe est hypertrophiée ; sur une ouverture pratiquée suivant sa longueur, du pavillon à l'utérus, on trouve la muqueuse rouge et tomenteuse.

Durée : 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf 38°5 et 120 pulsations les soirs des 5e et 6e jours. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3e jour.

Les 3e et 6e jours un peu de douleur dans le ventre, quelques

nausées. Pas d'autre incident de convalescence, sauf des abcès consécutifs à des injections de sérum.

La malade se lève le 21e jour, et part guérie le 14 janvier 1894.

Observation 182 (Cazin).

Salpingite parenchymateuse double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme L..., Berthe, âgée de 30 ans, entre le 14 décembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Réglée à 19 ans, régulièrement. Mariée à 24 ans. Deux accouchements à terme : une fille en 1887, un garçon en 1888. Cette deuxième couche fut régulière, mais la malade eut une hémorrhagie et se plaignit assez longtemps d'élancements au niveau de l'utérus. Les règles continuèrent régulièrement et sans douleur. En 1891, fausse couche de trois mois, n'ayant amené aucun désordre. En septembre 1893, fausse couche de quatre mois, accompagnée d'une abondante hémorrhagie.

Depuis, la malade a eu de nombreuses métrorrhagies. Ces pertes de sang ont été assez peu abondantes. En outre, la malade a de continuelles pertes en blanc. Ses forces ont décliné peu à peu, elle a beaucoup maigri et peut à peine quitter le lit. Les douleurs dans le bas-ventre sont assez faibles et supportables, elles reviennent à la moindre fatigue sous forme d'élancements.

Examen. — Col dilaté dont l'orifice admet le petit doigt. Annexes droites paraissent doublées de volume et prolabées dans le cul-de-sac de Douglas. Annexes gauches volumineuses et douloureuses.

Hystérectomie vaginale le 23 décembre 1893. — Méthode habituelle. Hystéromètre, 7 centimètres. Utérus mou, parois épaisses de 2 centimètres. Sur la partie gauche du fond de l'utérus, fragment de placenta gros comme un œuf de pigeon. Trompes augmentées de volume (salpingite hypertrophique), ovaires bourrés de kystes, adhérences considérables. Ablation complète.

Durée : 12 minutes. 7 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le troisième jour.

Pas d'incident. La malade se lève le 19e jour et part guérie le 20 janvier 1894.

Observation 183 (Cazin).

Fibrômes utérins. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan. Guérison.

Madame L..., Jeanne, âgé de 36 ans, entre le 26 décembre 1893, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, peu régulièrement. Mariée en 1880, pas d'enfants, fausse couche de 2 mois en 1883. Bonne santé habituelle, mais depuis 3 ans, les règles durent 8 jours et sont fort peu abondantes.

Depuis février 1893, tous les deux mois, surviennent des pertes rouges fort abondantes, ayant souvent de l'odeur et durant un mois entier. Le mois suivant, il n'y a aucune perte rouge, mais un peu de flueurs blanches.

En dehors des pertes, aucun trouble fonctionnel, mais celles-ci s'accompagnent de douleurs lombaires, d'étourdissements, de fatigues. Pas de douleurs dans les aînes ou l'abdomen. L'appareil digestif est normal ; selles et mictions régulières. Cœur : souffle à la pointe au 1er temps.

Examen. — L'utérus irrégulier, bosselé, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa cavité mesure 11 centimètres. De chaque côté, les annexes forment une tumeur du volume d'un gros œuf, très douloureux.

Diagnostic. — Utérus fibromateux, hématosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 30 Décembre 1893. — Curettage préalable. Morcellement et évidement. Ablation de l'utérus en 51 morceaux. Poids : 330 grammes. Ablation complète des annexes. Hématosalpinx double.

Durée : 35 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le 3e jour. Pas d'incident. La malade se lève le 16e jour et part guérie le 27 janvier 1894.

Observation 184 (Personnelle).

Pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mlle X..., âgée de 33 ans, entre le 2 janvier 1894, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Réglée à 16 ans d'une façon toujours normale, elle n'a jamais été enceinte.

Elle commence à souffrir dans le ventre à la fin d'août 1893. Son médecin, appelé le 22 septembre, constate une vaginite intense, une rétroversion adhérente et une double salpingo-ovarite. Ces lésions s'accompagnent de douleurs bilatérales violentes, de fièvre, de ballonnement du ventre et de vomissements.

Grâce au repos, aux révulsifs abdominaux, aux injections de liqueur de van Swieten à 45°, cet état aigu disparaît. Mais, le 23 octobre, les règles sont l'occasion d'une nouvelle poussée douloureuse et fébrile qui dure 15 jours. Après quelques jours d'amélioration très grande, le 11 décembre, à la suite d'une fatigue et d'un excès d'alimentation, les douleurs reparaissent avec une violence inouïe. Depuis lors, elles ont toujours persisté aiguës, également intenses des deux côtés. L'état général est devenu mauvais; la malade a maigri, elle ne peut supporter aucun aliment.

M. Segond voit la malade et diagnostique une double lésion annexielle du volume d'une mandarine, probablement suppurée.

Hystérectomie vaginale, le 4 janvier 1894. — Morcellement et évidement. Ablation complète des annexes. Les trompes, du volume du doigt, contiennent des fongosités et un liquide séro-purulent ; les ovaires sont scléro-kystiques. Les adhérences péri-annexielles sont considérables et fortes.

Durée : 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3me jour.

Pas d'incident de convalescence.

La malade se lève le 16e jour et part guérie le 23 janvier 1894.

Observation 185 (Le Masson)

Grossesse tubaire droite. — Salpingite interstitielle.
Opération de Péan. — Guérison.

Madame T..., âgée de 40 ans, entre le 7 novembre 1893, à la clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Il y a 7 ans, la malade a eu une péritonite consécutive à une maladie d'intestins, pour laquelle elle a été soignée pendant deux mois et demi dans le service du docteur Labbé, à Dubois. Jamais d'autres maladies.

Trois accouchements à terme, sans accidents ni complications, ont eu lieu en 1870, 1873 et 1876.

Une fausse couche de 6 mois a eu lieu en janvier 1892.

Le 15 septembre 1893, les règles surviennent avec 6 jours de retard. Elles se continuent par un écoulement de sang décomposé et fétide.

Au commencement d'octobre perte d'un gros caillot, ayant environ le volume du poing. En l'examinant, la malade trouve « une petite poche

contenant de gros grains blancs comme des pois. » Pendant tout le mois d'octobre, continuation des métrorrhagies.

Au commencement de novembre, apparition de douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires et vers la région anale. Pas de prédominance ni à droite ni à gauche.

A son entrée à Baudelocque (7 novembre), continuation des métrorrhagies qui diminuent d'intensité sous l'influence du repos absolu et des injections. En même temps, les douleurs diminuent également.

L'écoulement, dans le courant de novembre, prend un caractère spécial, il est épais et visqueux, de couleur chocolat, extrêmement fétide ; on y trouve comme des débris de placenta.

Cet ensemble de symptômes fait penser alors à une grossesse extra-utérine.

Troubles passagers de la miction, pendant une huitaine de jours : sensation de cuisson en urinant. Parfois, ballonnement considérable du ventre.

Jamais d'œdème. Pas de troubles dyspeptiques. Cœur normal. Rien dans les urines.

Examen. — L'utérus gros est repoussé en avant et à droite par une tumeur rénitente à sa partie vaginale, dure à sa partie abdominale qui remplit le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche. A droite les annexes très adhérentes et très douloureuses ont le volume d'une mandarine.

M. Pinard porte le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche avec lésions des annexes droites.

Hystérectomie vaginale le 17 janvier 1894. — A l'incision du cul-de-sac postérieur il s'écoule un grand verre de caillots noirâtres. L'utérus est enlevé par morcellement du col et hémisection antérieure du corps. Ablation totale des annexes. La trompe droite, du volume d'un œuf de dinde, est remplie de sang noirâtre. La trompe gauche a le volume de l'index et offre des lésions de salpingite interstitielle.

Durée : 30 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Très simples. Aucune réaction fébrile. Pouls normal. Au bout de 48 heures : ablation des pinces. Le troisième jour : ablation des lanières.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le dix-huitième jour et part guérie le dix-neuvième jour.

Observation 186 (Personnelle).

Pyosalpinx gauche. — Salpingite parenchymateuse droite.
Opération de Péan. — Guérison.

Mme Carill..., âgée de 34 ans, est opérée le 18 janvier 1894, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Réglée à 11 ans, d'une façon normale et régulière. Elle se marie à 18 ans. Cinq mois après, elle vient d'Amérique à l'Exposition de 1878, s'y fatigue et fait une fausse couche de 3 mois. A la suite, elle a une pelvipéritonite qui dure 2 mois. De 1878 à 1884 elle a 4 grossesses normales. Au sevrage de son dernier enfant, le 19 août 1885, elle prend froid et fait une poussée grave de pelvipéritonite qui oblige la malade à rester couchée presque constamment pendant deux ans. Les professeurs Tarnier et Verneuil conseillent le repos et l'expectation. De 1887 à 1892, la malade est soignée par le professeur Pinard, son état s'améliore notablement. En 1892, elle va à Londres, et Barnes la traite par des cautérisations intra-utérines. Elle fait une nouvelle poussée de pelvipéritonite qui la tient encore couchée quand le Dr Segond est appelé.

Le diagnostic porté est pyosalpinx double. La malade a tous les soirs de la fièvre, est maigre et très affaiblie.

Hystérectomie vaginale le 18 janvier 1894.— Utérus non abaissable. Col très friable, morcellement du col ; évidement conoïde du corps. Ablation très laborieuse des annexes gauches dont la trompe contient un verre à Bordeaux de pus. Les annexes droites sont enlevées incomplètement par lambeaux. La trompe ne contient pas de pus, mais présente des lésions de salpingite hypertrophique.

Suites opératoires.— Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3e jour. Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 18e jour et quitte la Maison de Santé le 23 février 1894.

Observation 187 (Cazin).

Kyste de l'ovaire droit. — Salpingite parenchymateuse gauche. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Pl...., âgée de 45 ans, entre le 10 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Règles normales. 5 enfants. Le premier à 20 ans. Toutes les couches à terme. Après chacune, pertes très abondantes. La dernière (datant de 10 ans) a été suivie de péritonite : la malade est restée couchée 1 mois 1/2. Les trois années qui suivirent, douleurs par intermittences, dans le bas-ventre et dans les reins.

Maladie actuelle. Depuis deux mois, pertes rouges continuelles. Pas de douleurs. Constipation opiniâtre. Pas de troubles de la miction. Amaigrissement sensible.

Examen.— Utérus petit, égale 7 centimètres. A droite, tumeur fluctuante, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, à gauche, tumeur adhérente dans le cul-de-sac latéral, du volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Kyste des deux ovaires.

Hystérectomie vaginale le 19 janvier 1894. — Morcellement et évidement typique.

Ponction puis ablation d'un kyste uniloculaire de l'ovaire droit à contenu séreux. Ablation des annexes gauches.

Salpingite hypertrophique parenchymateuse très adhérente. Ovaire sain.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

Aucun incident de convalescence.

La malade se lève le vingtième jour et part guérie le 13 février 1894.

Observation 188 (Cazin).

Fibrôme sous-muqueux de la paroi utérine postérieure. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme L..., âgée de 38 ans, entre le 14 janvier 1894 à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents.— Réglée à 14 ans. Durée des règles 2 à 3 jours. 4 enfants. Le 1er, il y a 10 ans. Après l'accouchement, ablation d'un polype de la grosseur du poing. Le dernier enfant, il y a 6 ans. Douleurs prolongées après l'accouchement.

Début il y a 3 ans, sans prodromes ni cause connue, douleurs généralisées à tout le ventre, phénomènes digestifs intenses (vomissements, constipation). La malade reste couchée pendant un mois. Après ce temps, les phénomènes s'amendent, mais les règles demeurent douloureuses, durent de 12 à 15 jours : pendant les règles, douleurs expulsives. Souvent les pieds sont enflés, le ventre ballonné. Jamais de constipation. Pollakyurie et polyurie ; dans le courant de l'année dernière, albuminurie.

Règles souvent en avance, pertes dans l'intervalle intermenstruel.

Examen. — Utérus mobile remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Hystéromètre, 14 centimètres.

Hystérectomie vaginale le 20 janvier 1894.— Morcellement par évidement conoïde d'un fibrôme intra-utérin unique, implanté sur la partie moyenne de la face postérieure du corps, la surface d'implantation est large comme deux pièces de cinq francs. Aussi, au-dessus du fibrôme, dans la cavité utérine, s'est accumulée une sérosité noirâtre qui, pendant le morcellement, est venue souiller le champ opératoire.

Après ablation du fibrôme intra-utérin par section médiane et évidement conoïde, bascule antérieure de l'utérus. Les annexes, très adhérentes, sont énucléées. Pincement immédiat en arrière d'elles. Terminaison suivant l'usage. 28 morceaux, dont l'un comprend la face postérieure et les annexes. Poids, 604 grammes. Les trompes distendues, du volume du pouce, sont remplies de sang noirâtre Les ovaires sont scléro-kystiques et très adhérents.

Durée : 30 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le 3e jour.

Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 18e jour et part guérie le 12 février 1894.

Observation 189 (Le Masson).

Ovaires kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme M..., âgée de 35 ans, entre, le 9 janvier 1894, à la Clinique Baudelocque, service de M. le professeur Pinard.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Toujours très bien portante, très nerveuse. Premières régles à 12 ans, régulières, durant de 5 à 6 jours.

En 1891 et 1892, deux accouchements normaux, sans accidents ni complications.

Au 2me accouchement le médecin constate la présence d'un kyste passé jusqu'alors inaperçu.

Il y a six mois, la malade constate que la tumeur augmente progressivement de volume. Pas de douleurs proprement dites, mais tiraillements, sensation de pesanteur dans le côté gauche. Pas de troubles de la menstruation. Pas d'écoulement leucorrhéique. Bouffées de chaleur au moment des règles. Pas de troubles dyspeptiques. Parfois un peu de dyspnée.

Examen. — Depuis son entrée à Baudelocque, la malade prétend que la tumeur a beaucoup augmenté de volume. Rien dans les urines.

Cœur : Rétrécissement mitral.

L'inspection et la palpation de l'abdomen révèlent les signes suivants :

Tumeur globuleuse ayant environ le volume d'une tête de fœtus, siégeant au niveau de l'ombilic, qu'elle déborde, s'étendant en bas dans la fosse iliaque gauche, tumeur dure sans bosselures, indolente, mate à la percussion, se déplaçant avec une très grande facilité dans la cavité abdominale.

A droite, seconde tumeur se présentant sous l'aspect d'une sorte de gâteau, également dure et indolente, se prolongeant en bas vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

Utérus en rétroflexion mobile. Col rejeté en haut, mou et largement entr'ouvert.

Diagnostic.— Double kyste de l'ovaire, volumineux à droite plus petit à gauche. Indépendance absolue de l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 24 janvier 1894. — Curettage préalable. Evidement conoïde et ablation successive de 2 valves cervicales. On voit alors le kyste faire une saillie globuleuse très nette dans le cul de-sac postérieur. Ponction du kyste avec le bistouri. Évacuation d'un litre à un litre 1/2 de pus blanc, crémeux, épais, strié de sang et fétide. La poche étant évacuée, ablation successive de l'utérus et des annexes droites. Ahdérence à l'ovaire droit d'une anse épiploïque qu'on résèque après ligature. Ablation des annexes gauches.

Examen macroscopique des pièces. — Existence dans la poche kystique d'un petit os d'un centimètre de long environ.

L'utérus ne présente rien de particulier.

Annexes droites : Ovaire transformé en une poche polykystique dont l'une est beaucoup plus grande que les autres.

Annexes gauches : Ovaire kystique gros environ comme une mandarine. Intégrité absolue des deux trompes.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées en même temps que les lanières au bout de 48 heures. Aucun incident de convalescence. La malade se lève le 18me jour et part guérie le 18 février 1894.

Observation 190 (Cazin)

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Phénomènes graves d'obstruction intestinale. — Anus iliaque. — Guérison.

Mme Pr..., âgée de 25 ans, entre le 18 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, très régulièrement, 4 jours. Les deux premiers jours avec souffrances. Chloro-anémie.

Il y a environ deux ans, pertes abondantes entre les époques menstruelles, accompagnées de douleurs dans la région hypogastrique. Les règles demeurent très régulières.

Depuis un an, douleurs, élancements, pesanteurs dans l'aîne gauche, quelquefois à droite, sans irradiations, jamais de fièvre. Digestions difficiles. Ces phénomènes s'exacerbent par la fatigue.

En novembre 1893, premier curettage. A cette époque, l'utérus mobile était en antéversion ; l'ovaire droit était gros comme un petit œuf de poule et très douloureux ; la trompe droite volumineuse.

Les douleurs, momentanément atténuées par le curettage, reparaissent bilatérales, aussi vives et aussi fréquentes, irradiées au coccyx, dès que la malade se lève. Les règles demeurent d'ailleurs régulières, pas de pertes blanches.

Hystérectomie vaginale le 25 janvier 1894. — Amputation du col. Utérus en latéro-version droite; adhérences dans le Douglas. Annexes gauches grosses, très adhérentes. Salpingite catarrhale. Annexes droites plus volumineuses, moins adhérentes. Profondeur de l'utérus : 8 centim. Parois : 2 centim.

Durée 20 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — 26 janvier ; Temp. 37°5. Pouls : 78. — 27. Douleurs survenant par intermittences dans la région épigastrique. Pas de vomissements. Faciès bon. Langue bonne. Pouls et température normaux. Ablation des pinces. — 28. Douleurs extrêmement vives, généralisées à tout le ventre. Hoquet, vomissements alimentaires. Langue bonne, ni gaz, ni matières fécales. Léger météorisme. Faciès péritonéal. Pouls : 100-110, bien frappé, quelques intermittences. Temp. 36°7—37°2. — 29. Même état général, toujours ni gaz, ni matières fécales, le météorisme augmente. Temp. normale. Pouls 130, petit, irrégulier. — 30. Un peu de dypsnée, les douleurs sont moins vives, ni gaz, ni matières fécales, pas de vomissements. Temp. normale. Pouls : 100 ; quelques irrégularités. — 31. Dyspnée intense. Pouls petit, fréquent, pas encore de gaz, ni de matières. A quatre heures de l'après-midi, la malade asphyxiant, on pratique un anus cœcal. Pas d'éperon.

1er février. État général bon, pas de douleur. L'anus cœcal fonctionne bien. Glace sur le ventre. Champagne. Pouls : 100. — 2. Le mieux continue, la malade peut prendre du bouillon. — 3. Lavement huileux. Douleurs dans l'épigastre et dans le flanc gauche. Pouls : 96. — 4. 5. 6. 7. État stationnaire. — 8. Gaz, matières fécales semi-liquides, en abondance par l'anus naturel. Le ventre, qui était demeuré légèrement ballonné, devient plat. — 9. 10. 11. 12. Etat stationnaire.

Dans la deuxième moitié de février et la première moitié de mars, les selles continuent à s'effectuer, quotidiennement, par l'anus naturel, mais seulement grâce à des lavements glycérinés.

La plaie abdominale se cicatrise progressivement. Quant à l'orifice contre nature, il ne présente pas de tendance à la fermeture spontanée ; il livre passage aux matières fécales liquides ou semi-liquides et au liquide des lavements.

L'état général de la malade est bon. Elle a bon appétit ; les digestions sont bonnes. Douleurs épigastriques persistantes, plus ou moins vives, suivant les moments et apportant de la gène respiratoire.

Opération le 25 mars. L'exploration digitale montre qu'il n'y a pas d'éperon.

L'orifice cutané est agrandi, par une incision longue de huit à dix centimètres. Avivement des lèvres de la plaie intestinale, ces lèvres sont affrontées et réunies par dix points de suture (fil de soie). A un moment donné, la cavité péritonéale est ouverte, sans que d'ailleurs il y pénètre de matières ou de gaz.

Suture de la plaie cutanée. Drainage.

La suture échoue en partie. L'anus, réduit à une simple fistulette, se rétrécit de plus en plus et se ferme spontanément le 8 mai 1894.

Observation 191 (Cazin).

Kyste prolifère des deux ovaires, suppuré à droite. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Cas..., âgée de 49 ans, entre à la Maison municipale de Santé, le 4 novembre 1893, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Mère morte d'un cancer à l'estomac. Tante maternelle morte de la même affection.

Réglée à 14 ans. Pas d'enfants. Ménopause à 47 ans.

Début il y a dix-huit mois, la malade, qui n'était plus réglée depuis plusieurs mois, perd de nouveau ; ces pertes, devenues continuelles, sont formées par un liquide grisâtre et sanguinolent.

Au début, la malade ne souffrait pas. Les premières douleurs pelviennes apparurent il y a deux mois et demi. La malade entre alors à la Maison Dubois dans un service de médecine, où elle est soignée sans amélioration jusqu'à son passage en chirurgie, le 20 janvier 1894.

Examen. — A l'inspection : le ventre n'est pas augmenté de volume.

Palpation : douloureuse surtout à droite au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher révèle un utérus en rétroflexion adhérente. De chaque côté les annexes forment une tumeur dure, adhérente, douloureuse, du volume d'une grosse orange.

Diagnostic. — Rétroflexion adhérente. Salpingite kystique double.

Hystérectomie vaginale le 26 janvier 1894 (Cazin). — Curettage. Morcellement et évidement. Ablation totale des annexes. Il s'agit d'un double kyste prolifère de l'ovaire suppuré à droite, du volume d'une orange.

Durée : Une heure. Cinq pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf une élévation au-dessus de 38° du douzième au quinzième jour, due à une congestion pulmonaire. Ablation des pinces et des mèches au bout de quarante-huit heures. Rien de particulier. La malade se lève le dix-huitième jour et part guérie le 28 février 1894.

Observation 192 (Cazin).

Salpingite parenchymateuse double. — Rétroflexion adhérente. Opération de Péan. — Guérison.

Mlle L..., âgée de 34 ans, entre, le 22 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement. Mariée à 23 ans. En 1884, première couche normale. Enfant bien constitué, très fort, allaité par sa mère.

A la suite, début des douleurs dans l'aîne, du côté gauche. Sensation de pincement, de constriction de l'intestin, de pesanteur dans l'aîne, c'est plutôt une gêne qu'une douleur aiguë et il n'y a jamais eu d'irradiation.

Deux nouvelles couches normales en 1886 et 1888. La douleur continue sans arrêt, depuis la dernière, sans empêcher la malade de vaquer à ses occupations. La position couchée sur le dos paraît aggraver les douleurs, qui sont plus violentes la nuit et procurent de fréquentes insomnies. Depuis deux ans, les douleurs ne cessent pas ; la malade est atteinte d'une constipation opiniâtre. Il en résulte des symptômes gastriques, perte d'appétit, nausées, amaigrissement. Perte des forces, dénutrition.

Depuis un an, la position assise ou couchée, la station prolongée provoquent des douleurs si fortes que la malade est dans un état d'agitation perpétuelle. Fréquentes migraines.

En 1893, M. Auvard pratique l'opération d'Alexander, mais les résultats sont négatifs.

A son arrivée, la malade est amaigrie pâle, la sensation de pesanteur est devenue intolérable.

Examen. — Utérus en rétroversion adhérente, légèrement abaissé, col gros. De chaque côté, les annexes forment une tumeur du volume d'une mandarine, dure, bombée, très adhérente.

Diagnostic. — Rétroflexion irréductible. Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale le 27 janvier 1894. — Morcellement du col. Section de Doyen du corps. Ablation complète des annexes. Trompes du volume du petit doigt, parenchymateuses ; ovaires bourrés de kystes.

Durée : dix minutes. Six pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures, des tampons le troisième jour. La malade se lève le vingtième jour et part guérie le 26 février 1894.

Observation 193 (Cazin).

Salpingite parenchymateuse double. — Rétroflexion adhérente. Opération de Péan. — Guérison.

Mme Sall..., âgée de 42 ans, entre à la Maison municipale de Santé, service du docteur Segond, le 22 janvier 1894.

Réglée à 15 ans d'une façon régulière et normale. Elle a deux accouchements à terme à 19 ans et à 21 ans. Elle se lève le huitième jour après son dernier accouchement. Au bout de quelques mois, éprouvant une sensation de pesanteur et de tiraillement dans le bas-ventre, elle consulte un médecin qui conseille un pessaire. Ce pessaire, porté pendant près de deux ans, paraît avoir soulagé la malade. Les premiers symptômes de métrite (douleurs, leucorrhée), remontent à l'âge de 25 ans, il y a donc 17 ans. L'état s'est surtout aggravé depuis 3 ans.

Continuellement, mais surtout au moment des règles, la malade éprouve de vives douleurs pelviennes avec irradiations lombaires et crurales. Les règles sont très abondantes, durent de 8 à 15 jours et dans leur intervalle, il existe une leucorrhée assez abondante. La malade est devenue dyspeptique : la constipation est opiniâtre. Après une série de traitements médicaux variés et plus ou moins bien suivis, elle se décide à entrer à Dubois.

Examen. — Utérus en rétroflexion adhérente = 9 centimètres. Les annexes forment des deux côtés une tumeur dure, bosselée, du volume d'une mandarine, adhérente, douloureuse.

Diagnostic : Rétroflexion adhérente. Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 27 janvier 1894. — Curettage préalable. Morcellement du col. Hémisection puis évidement du corps. Ablation complète des annexes. Les trompes, du volume du pouce, sont atteintes de salpingite hypertrophique ; les ovaires sont remplis de kystes.

Durée : 30 minutes, 6 pinces.

Suites opératoires.— Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces et des tampons au bout de 48 heures.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 18e jour et sort guérie le 1er mars.

Le 28 mars son état est excellent..

Observation 194 (Personnelle).

Périmétro-salpingite suppurée ; pyosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme Rup..., âgée de 28 ans, est opérée le 29 janvier 1894, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière et normale, elle n'a jamais été enceinte. Depuis 5 ans, elle a eu des phénomènes de métrite et d'annexite

double (leucorrhée, menstruation irrégulière, douleurs bilatérales exaspérées par les règles, la fatigue, etc.).

Le 15 décembre 1893, la malade fut prise de fièvre violente, de courbature, de douleurs pelviennes. Un médecin diagnostique une grippe.

Le 20 décembre, le diagnostic hématocèle rétro-utérine, fut porté par le Dr Klein. L'état s'aggrava, et, le 6 janvier, la malade était en pleine péritonite, faciès grippé, pouls filiforme, 39°, ventre ballonné, très douloureux.

Le Dr Segond voit la malade le 7 janvier, l'état est un peu meilleur ; il diagnostique un pyosalpinx double avec périmétro-salpingite suppurée, et conseille l'opération de Péan, au déclin de la crise suraiguë que traverse la malade.

Hystérectomie vaginale, le 29 janvier 1894. — Curettage préalable. Morcellement du col, hémisection du corps. A l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, il s'écoule un grand verre de pus très fétide. Deux autres poches péri-annexielles sont crevées au cours du décollement. Les annexes sont laborieusement décortiquées et enlevées en totalité. Les deux ovaires du volume d'un petit œuf sont bourrés d'abcès miliaires. Les deux trompes contiennent chacune un verre à Bordeaux de pus fétide.

Durée : 25 minutes. 5 pinces.

Suites opératoires. — Dès le soir, la température tombait à 37°2, le pouls à 100, et s'y maintenaient.

Les pinces et les tampons furent enlevés au bout de 48 heures.

Les injections furent troubles et fétides pendant 16 jours.

La malade se leva le 20e jour ne souffrant plus, gaie, ayant de l'appétit. Elle rentre chez elle à la fin de février, complètement guérie, ne perdant plus.

Observation 195 (Cazin).

Fibrômes de la paroi antérieure. — Hématosalpinx double. Opération de Péan. — Guérison.

Mme H..., âgée de 48 ans, entre le 26 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Mariée à 21 ans. Deux enfants, dont le dernier est âgé de 20 ans.

Il y a six ans, la malade consulta M. Tillaux pour une douleur dans le côté droit de l'abdomen : il fit le diagnostic de rein flottant, et conseilla le port d'un bandage.

Depuis deux ans la malade a des pertes ; les règles, très abondantes, duraient de 10 à 12 jours. A partir du mois de mai, cet état n'a fait que s'aggraver et maintenant, à part 4 à 5 jours par mois, la malade est presque constamment dans le sang, ce qui l'oblige souvent à garder le lit.

Etat actuel. — Leucorrhée peu abondante ; les règles profuses s'accompagnent de douleurs dans l'abdomen, surtout du côté droit. Faiblesse des jambes. Constipation habituelle. Ballonnement du ventre, douloureux à la palpation.

La malade est devenue très nerveuse.

Examen. — Utérus à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On limite nettement un fibrôme comme le poing dans la paroi antérieure. De chaque côté les annexes forment une masse dure, bosselée, douloureuse, comme une mandarine.

Diagnostic. — Fibrôme de la paroi antérieure. Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 30 janvier 1894. — Curettage préalable. Morcellement et évidement. Ablation de l'utérus en 25 morceaux. Poids : 250 gr. Ablation complète des annexes. Hémato-salpinx double.

Durée : 35 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Pas de réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces et des tampons au bout de 48 heures.

Pas d'incident de convalescence, la malade se lève le 17e jour et part guérie le 4 mars 1894.

Observation 196 (Cazin).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Fistule vésico-vaginale apparaissant au 10e jour. — Guérison.

Mme Mar..., âgée de 31 ans, entre le 23 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Bonne santé, mariée en 1884. Pas de fausse couche. En 1885, accouche à 8 mois d'un enfant très fort, suites de couches assez longues, depuis sensation de poids dans le périnée, surtout dans certains mouvements et lorsque la malade se fatigue.

En 1890, curettage à la suite de douleurs lancinantes dans l'utérus, survenant par période.

Cautérisations pour des ulcérations du col.

Depuis, les règles sont douloureuses et ne viennent que toutes les 5 semaines. La malade se plaint de violentes douleurs dans l'ovaire droit, exaltées par la pression.

Depuis 6 mois, les douleurs au niveau des annexes surviennent vives et lancinantes à la suite de fatigues, de la marche, du port du corset et d'une émotion. Elles cessent au repos, elles s'accentuent à l'époque des règles.

Le caractère se modifie, mais l'état général reste bon, les fonctions digestives normales, pas d'amaigrissement.

Examen.— Utérus gros, peu mobile en rétroposition = 10 centimètres. De chaque côté les annexes forment une masse du volume d'un œuf de poule accolée aux parois pelviennes, très dure, très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite parenchymateuse double.

Hystérectomie vaginale le 3 février 1894. — Curettage, fongosités abondantes. Morcellement du col, évidement du corps. Ablation complète des annexes. Les trompes présentent des lésions de salpingite parenchymateuse atrophique. Les ovaires sont scléreux. Autour des annexes droites très adhérentes, collection séreuse intra péritonéale.

Durée : 20 minutes. 10 pinces.

Suites opératoires. — Nulles. Aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le 3e jour. Apparition d'une fistule vésico-vaginale le 10e jour. La malade se lève le 21e jour et part le 7 mars 1894, la fistule n'étant pas fermée. Elle doit revenir se faire opérer.

Observation 197 (Cazin).

Hématocèle suppurée. — Salpingite parenchymateuse double. Opération de Péan. — Guérison.

Mme D..., âgée de 25 ans, entre le 25 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans régulièrement. Bonne santé habituelle ; pointe de hernie depuis deux ans, à la suite d'un effort.

Depuis le 20 octobre 1893, époque de ses règles, la malade a des pertes de sang continuelles, qui persistent jusqu'au 8 janvier 1894.

A cette date les pertes cessent, mais la fièvre survient et la malade s'alite. On prescrit des sangsues, qui donnent beaucoup de sang. La malade a des douleurs abdominales, mal localisées.

Le 20 janvier, survient une crise très douloureuse. Les douleurs se localisent à la partie moyenne de l'abdomen et s'irradient vers l'épigastre, la malade les compare à des griffes. Surviennent des vomissements et de la diarrhée qui la soulagent.

Depuis les douleurs sont sourdes mais continues, vers les mêmes régions.

La miction est douloureuse. L'appétit revient, les digestions sont normales, l'état général est bon, la malade a peu maigri, mais a un peu perdu ses forces ; du 23 au 27, règles normales.

L'utérus et les annexes forment une grosse masse remplissant tout le pelvis.

Hystérectomie vaginale le 6 février 1894. — Ouverture du cul-de-sac de Douglas. Evacuation d'une énorme poche d'hématocèle suppurée. Par la

brèche du cul-de-sac postérieur, les annexes sont reconnues malades des deux côtés.

Morcellement et évidement de l'utérus. Ablation complète des annexes. Les deux trompes, du volume du pouce, présentent des lésions avancées de salpingite parenchymateuse hypertrophique. Les ovaires sont remplis de kystes.

Durée : 30 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température, sauf une seule fois 40° le soir du 14me jour..Les pinces et les tampons sont enlevés au bout de 48 heures.

Pas d'incident. La malade se lève le 18me jour et part guérie le 11 mars 1894.

Observation 198 (Cazin).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme d'H..., âgée de 27 ans, entre le 30 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement. Bonne santé habituelle, mariée en 1886. Couche avant terme (6 mois 1/2) suivie de pertes rouges fréquentes mais irrégulières. Douleurs abdominales avec irradiations.

En novembre 1892, curettage. Pendant quelques mois, la malade n'éprouve plus de pertes. Elles reviennent après 4 ou 5 mois et continuent sans cesse. Les douleurs sont violentes, irradiées aux lombes et aux aînes et se reproduisent sous forme d'élancements.

Le matin, la malade se plaint de vomissements. L'appétit est nul, la constipation opiniâtre. La malade reste presque toujours alitée, elle perd ses forces et a de l'amaigrissement.

Examen. — Utérus gros, dur, en situation normale = 8 centimètres. Ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, très-douloureux.

Diagnostic. — Ovaires scléro-kystiques.

Hystérectomie vaginale, le 17 février 1894. — Morcellement du col et évidement du corps. Ablation complète des annexes, trompes rouges, congestionnées. Ovaires triplés de volume, bourrés de kystes.

Durée : 30 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, aucune réaction du pouls ni de la température. Ablation des pinces au bout de 48 heures, des tampons le troisième jour.

Pas d'incident de convalescence.

La malade se lève le 21e jour et part guérie le 12 mars 1894.

OBSERVATION 199 (Cazin).

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme L..., âgée de 26 ans, entre le 29 janvier 1894, à la Maison municipale de Santé, service de M. le Docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Menstruation régulière. Fausse couche il y a 3 ans, cette fausse couche fut suivie de péritonite ; depuis, douleurs presque constantes, au moment des règles.

Curettage, il y a 2 ans, à Châlons, opération qui n'a donné qu'une amélioration passagère ; poussées de péritonite, très fréquentes.

Depuis un an, la malade est obligée de garder le lit et se plaint de douleurs très vives partant du flanc gauche et s'étendant à tout l'abdomen.

Etat actuel : appétit conservé, constipation opiniâtre, douleurs continues ; menstruation irrégulière et très douloureuse. Pas de leucorrhée.

Examen. — Utérus : 8 centim., en antéversion. Les annexes forment des deux côtés une masse dure, du volume d'un petit œuf, très douloureuse.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 17 février 1894. Curettage préalable. Morcellement du col. Hémisection du corps. Périannexite des deux côtés ; adhérences épiploïques, détachées avec le doigt.

Annexes gauches, volumineuses ; kyste de l'ovaire avec liquide séro-sanguin et caillot solide. Grosse trompe ; muqueuse tomenteuse et enflammée jusqu'à 3 centimètres du corps de l'utérus. Trompes perméables des deux côtés.

Annexes droites, moins volumineuses qu'à gauche. Petit ovaire scléro-kystique. Salpingite catarrhale simple ; trompe à peine augmentée de volume, malade jusqu'à 2 centim. de l'utérus.

Durée : 25 minutes. 6 pinces.

Suites opératoires. — Nulles, pas de réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures, les tampons le 3e jour.

Aucun incident. La malade se lève le 21me jour et part guérie le 20 avril.

OBSERVATION 200 (Cazin).

Ovaires scléro-kystiques. — Salpingite interstitielle. — Opération de Péan. — Guérison.

Mme D..., âgée de 23 ans, entre le 9 février 1894, à la Maison municipale de santé, service de M. le docteur Segond.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Trois enfants, couches normales, sans accidents consécutifs, la dernière en juin 1892.

Deux fausses couches au 6e mois : la 1re en 1891 ; la 2e au mois de novembre dernier.

Depuis la 1re fausse couche, c'est-à-dire depuis 1891, la malade ressent continuellement, et surtout à la moindre fatigue, des douleurs dans l'hypogastre, irradiées vers les cuisses, vers le sacrum. Dans les aînes, élancements parfois très douloureux.

Constipation habituelle : il y a deux ans, phénomènes d'occlusion aiguë, ayant cédé à des lavements répétés.

Les règles ont toujours été normales. Pas de pertes blanches.

Examen. — Utérus en situation normale = 8 centimètres. De chaque côté, les annexes forment deux petites tumeurs, dures, bosselées, extrêmement douloureuses, très adhérentes aux parois pelviennes.

Diagnostic.— Salpingite interstitielle double. Ovaires scléro-kystiques. On propose l'hystérectomie à cause de la violence des douleurs pelviennes.

Hystérectomie vaginale le 17 février 1894. — Curettage préalable. Morcellement du col, hémisection antérieure du corps.

Ablation totale des annexes. Ovaires scléro-kystiques. Trompes atteintes de lésions interstitielles.

Durée : 15 minutes. 8 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du pouls ni de la température. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures. Le tampon le 3e jour.

Pas d'incident de convalescence. La malade se lève le 18e jour et part guérie le 9 mars 1894.

Statistique des laparotomies faites à l'hôpital Bichat pour lésions suppurées des annexes, par MM. Terrier et Hartmann pendant l'année 1893.

A. — Suppurations graves.

Observation LX (1).

C. M. — Opération le 9 février 1893, par M. *F. Terrier*.

A gauche, lésions inflammatoires nullement adhérentes. A droite, foyer entre la trompe et l'intestin grêle ; ce dernier, fusionné avec la face postérieure de l'utérus, est ouvert pendant la libération. Suture de l'intestin. Pas de drainage. Guérison.

Observation LXI.

G. M. — Opération le 20 février 1893, par M. *F. Terrier*.

A droite, dissociation lente et difficile ; la trompe suppurée se rompt pendant les manœuvres. A gauche, libération de même difficile. Pas de drainage. Guérison.

Observation LXII.

R. — Opération le 2 mars 1893, par M. *F. Terrier*.

Mort (Observation publiée, *Ann. de Gyn.*, 1893, p. 208).

Observation LXIII.

C. N. — Opération le 9 mars 1893, par M. *F. Terrier*.

A gauche, annexes formant une masse informe fusionnée avec l'anse oméga et la paroi de l'excavation. Ponction aspiratrice de plusieurs cuillerées de pus. Section aux ciseaux de la trompe au contact de l'intestin ; puis décollement, pédiculisation, ablation. A droite, annexes au fond du cul-de-sac, partout adhérentes et suppurées. Drainage. Guérison.

Observation LXIV.

R. C. — Opération le 20 mai 1893, par M. *F. Terrier*.

Après libération et relèvement de l'épiploon, ablation facile des annexes droites adhérentes au détroit supérieur. A gauche, décollement pénible des

(1) J'ai numéroté cette série à partir de LX, pour faire suite aux 59 cas déjà publiés par MM. Terrier et Hartmann.

annexes adhérentes au ligament large, à l'utérus et à l'anse oméga. Au cours de cette décortication, évacuation par ponction aspiratrice de 100 grammes de pus. Guérison.

Observation LXV.

M. C. — Opération le 25 mai 1893, par M. *F. Terrier.*

La face postérieure de l'utérus est fusionnée avec la paroi antérieure du rectum; des deux côtés les annexes forment des masses qui se rompent pendant la décortication. Guérison.

Observation LXVI.

E. I. — Opération le 3 juin 1893, par M. *F. Terrier.*

L'excavation est fermée par l'oméga avec son méso formant toit, on le décolle d'avant en arrière jusqu'aux annexes gauches, puis avec le bistouri on amorce le décollement de ces annexes. Pendant le décollement la trompe suppurée se crève.

A droite, les annexes adhérentes sont de même libérées puis enlevées. Enfin on libère aux ciseaux la face postérieure de l'utérus du rectum. Guérison.

Observation LXVII.

M. R. — Opération le 6 juillet 1893, par M. *H. Hartmann.*

L'utérus est fusionné avec le rectum cartonné et avec une masse se confondant avec toute la partie droite de l'excavation. Après ouverture de plusieurs loges à contenu séreux, libération des annexes suppurées. A gauche, ablation facile des annexes, moins adhérentes.

Guérison après une fistule pyo-stercorale temporaire du 10ᵉ au 25ᵉ jour environ.

La guérison est restée complète et sans fistule.

Observation LXVIII.

E. A. — Opération le 20 juillet 1893, par M. *F. Terrier.*

Libération d'épiploon, dissection d'une anse grêle, décollement des annexes droites, rupture d'une poche suppurée. Libération, ablation. A gauche, les annexes sont de même partout adhérentes mais leur libération est plus facile. Guérison.

Observation LXIX.

A. M. — Opération le 17 août 1893, par M. *H. Hartmann.*

Après décollement de l'épiploon friable et d'aspect caséeux, libération des annexes partout adhérentes. A droite, un foyer suppuré juxta-ovarien s'est crevé pendant la décortication. Guérison.

Observation LXX

E. C. — Opération le 19 août 1893, par M. *H. Hartmann.*

Toute l'excavation est remplie par une grosse tumeur qui se confond à droite avec le cœcum. Le décollement est amorcé par une incision faite au bistouri. Rupture de la trompe pendant le décollement. Inondation du champ opératoire par le pus. Continuant le décollement dans la profondeur, rupture cette fois d'un foyer suppuré ovarien. Les annexes droites enlevées, ablation plus facile des gauches également suppurées.

Guérison.

Observation LXXI

A. H. — Opération le 2 septembre 1893, par M. *H. Hartmann.*

La face antérieure de l'utérus forme avec celle des ligaments larges un plan soudé en arrière aux parois de l'excavation, au rectum et à l'oméga, si bien que toute la partie postérieure du bassin est fermée. A droite, libération des annexes entièrement avec les ciseaux. Les adhérences étant absolument fibreuses. A gauche, libération plus facile, la trompe a le volume d'une anse grêle.

Guérison.

Observation LXXII

J. H. — Opération le 9 septembre 1893, par M. *H. Hartmann.*

A droite, ablation d'une salpingo-ovarite parenchymateuse occupant et adhérant à tout ce côté de l'excavation. A gauche, après l'ouverture d'une série de logettes à contenu séreux, décortication d'une trompe contenant un litre et demi de liquide séro-purulent. Le fond de cette poche gratté et cautérisé est fixé à la paroi abdominale.

Guérison.

Observation LXXIII

A. R. — Opération le 26 décembre 1893, par M. *H. Hartmann.*

A gauche, libération avec les ciseaux et le bistouri des annexes adhérentes au détroit supérieur, fusionnées avec l'anse oméga cartonnée. A

plusieurs reprises du pus d'odeur infecte s'écoule. La ligature du pédicule doit être refaite à cause de sa friabilité. A droite, foyer suppuré entre la trompe, l'oméga et le cœcum, dont l'appendice altéré baigne dans le foyer. Résection de l'appendice, huit sutures sur le gros intestin dont les tuniques externes sont déchirées en un point.

Guérison sans fistule.

B. — Pyosalpinx.

Observation LXXIV.

A. C. — Opération le 4 mars 1893, par M. *F. Terrier*.

A gauche, foyer suppuré entre les franges de la trompe et l'anse oméga, ablation.

Conservation des annexes à droite. Pas de drainage. Guérison.

Observation LXXV.

J. L. — Opération le 16 mars 1893, par M. *F. Terrier.*

Ablation bilatérale des annexes suppurées. Guérison.

Observation LXXVI.

P. M. — Opération le 6 mars 1893, par M. *F. Terrier.*

A gauche, ablation des annexes adhérentes au détroit supérieur et à des franges de l'anse oméga.

En arrière, pelvipéritonite à loges séreuses. Les annexes droites suppurées sont en arrière du ligament large et au fond du cul-de-sac, adhérentes partout. Guérison.

Observation LXXVII.

I. J. — Opération le 22 avril 1893, par M. *H. Hartmann.*

Ablation des annexes suppurées, fusionnées ensemble et avec tout ce qui les entoure au fond du cul-de-sac recto-utérin, à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, aux parois de l'excavation et au rectum. Guérison.

Observation LXXVIII.

M. C. — Opération le 27 mai 1893, par M. *F. Terrier.*

Pendant le décollement des annexes gauches, rupture du foyer suppuré. Les annexes droites, bien qu'à peu près saines, sont enlevées, parce que l'utérus contient un petit fibrôme. Guérison.

Observation LXXIX.

H. D. — Opération le 13 juin 1893, par M. *F. Terrier.*

Libération assez facile des annexes adhérentes à l'utérus et à des anses d'intestin grêle. Pendant la libération de la trompe gauche aux ciseaux, un foyer suppuré se vide dans le champ opératoire. Guérison.

Observation LXXX.

J. B. — Opération le 10 juin, par M. *F. Terrier.*

Ablation des trompes suppurées adhérentes en arrière de l'utérus et des ligaments larges. Guérison.

Observation LXXXI.

E. C. — Opération le 8 juillet 1893, par M. *F. Terrier.*

Ablation de deux pyosalpinx adhérents au cul-de-sac recto-utérin Issue du pus pendant la décortication. Guérison.

Observation LXXXII.

R. B. — Opération le 13 juillet 1893, par M. *F. Terrier.*

A gauche, ablation facile des annexes. A droite, la libération est faite avec les ciseaux et avec les doigts. Pendant cette libération rupture d'une poche suppurée. Guérison.

Observation LXXXIII.

L. B. — Opération le 15 juillet 1893, par M. *H Hartmann.*

A droite décortication facile des annexes haut placées. A gauche libération pénible des annexes adhérentes au fond de l'excavation. Rupture de la trompe et issue du pus pendant cette libération. Guérison.

Observation LXXXIV

M. G. — Opération le 18 juillet 1893, par M. *H. Hartmann.*

A droite ablation facile. A gauche les annexes sont plus adhérentes et leur libération plus pénible. Guérison.

Observation LXXXV

R. C. — Opération le 22 juillet 1893, par M. *F. Terrier.*

Le petit bassin est fermé par les anses d'intestin adhérentes. On les dissèque, on les relève et l'on enlève les annexes suppurées. Guérison.

Observation LXXXVI

L. P. — Opération le 23 août 1893, par M. *H. Hartmann.*

A droite, ablation facile des annexes suppurées, au milieu d'une pelvi-péritonite aréolaire à loges séreuses. A gauche, annexes suppurées adhérentes à l'oméga, au fond de l'utérus rétrofléchi, aux parois de l'excavation. Ablation.

Guérison.

Observation LXXXVII

M. R. — Opération le 26 août 1893, par M. *H. Hartmann.*

Section d'épiploon adhérent. Ponction et énucléation d'un kyste inclus dans le ligament large gauche contenant 200 grammes de liquide. Ablation des annexes. Un surjet refait le méso-oméga.

A droite, ablation des annexes adhérentes au cœcum. La trompe est de ce côté pleine de pus. Excision partielle d'un kyste inclus dans le ligament large de ce côté. Grattage et cautérisation de son fond.

Guérison.

Observation LXXXVIII

C. F. — Opération le 1er septembre 1893, par M. *H. Hartmann.*

Ablation d'une double salpingite suppurée.

Guérison.

Observation LXXXIX

G. V. — Opération le 28 septembre 1893, par M. *H. Hartmann.*

A droite, pendant la libération des annexes, rupture d'un foyer suppuré

au niveau du pavillon. A gauche, section aux ciseaux d'adhérences fibreuses à des franges de l'anse oméga; pendant le décollement rupture d'un foyer suppuré.

Guérison.

Observation XC.

D. M. — Opération le 7 octobre 1893, par M. *H. Hartmann.*

Ablation de deux petits pyosalpinx adhérents au fond de l'excavation. Guérison.

Observation XCI.

E. H. — Opération le 24 octobre 1893, par M. *F. Terrier.*

Libération et résection de l'épiploon. Libération et ablation facile des annexes droites non suppurées. A gauche, libération avec les ciseaux d'une poche suppurée dont on retire par ponction 100 gr. de pus. Hystéropexie abdominale. Guérison.

Observation XCII.

L. B. — Opération le 27 novembre 1893, par M. *F. Terrier.*

A droite, grosse salpingite suppurée, incluse dans le ligament large. Par ponction on retire 120 gr. de pus. Pour la libération on incise le ligament large au bistouri le long de l'utérus. Après ablation, ligature en chaîne du ligament large. Ablation facile des annexes gauches non suppurées. Guérison.

Observation XCIII.

L. R. — Opération le 5 décembre 1893, par M. *F. Terrier.*

Ablation d'une salpingite droite suppurée, dont on retire par ponction 250 gr. de pus. La tumeur est enclavée dans le ligament large et présente quelques adhérences à l'épiploon et à une anse grêle. Guérison.

Observation XCIV.

Opération le 27 janvier 1894, par M. *F. Terrier.*

Ablation d'une masse occupant toute la moitié gauche de l'excavation, ayant le volume du poing, adhérant aux parois du bassin, à l'utérus et à l'oméga. La séparation est faite en grande partie avec les ciseaux. Cette masse d'apparence néoplasique est constituée par l'ovaire contenant un abcès.

Guérison.

Observation XCV.

Opération le 15 février 1894, par M. *F. Terrier*.

L'utérus et les annexes sont cachés par une collection séreuse intra-péritonéale. Après évacuation par aspiration de 100 gr. environ de liquide citrin et déchirure d'une série de logettes de pelvipéritonite séreuse, on arrive sur une masse informe constituée par les annexes enflammées et l'utérus fusionné avec le rectum, on énuclée à droite et à gauche les annexes suppurées, laissant l'utérus adhérent au rectum.

Guérison sans drainage.

Observation XCVI.

Opération le 1er mars 1894, par M. *F. Terrier*.

Ablation de deux pyosalpinx avec lésions kystiques des ovaires.

Guérison.

CONCLUSIONS

1. — L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes, doit s'appeler *Opération de Péan.* La conception de cette méthode opératoire dont mon maître Segond a été le premier vulgarisateur appartient *exclusivement* à Péan et n'appartient qu'à lui seul. C'est toujours une *castration utérine* ; très souvent une castration *utéro-annexielle totale.*

2. — L'hystérectomie vaginale d'ordinaire purement *évacuatrice*, est l'opération de choix dans les suppurations pelviennes graves, soit par l'*étendue et l'ancienneté des lésions*, soit par la coexistence *de fistules viscérales*, soit par *la septicité particulière* du pus. L'indication est encore plus formelle si la suppuration coïncide avec des *néoplasmes utérins* (fibrômes, cancer). La gravité réelle de l'opération de Péan, bien qu'inférieure à la gravité de la laparotomie dans de tels cas, est la conséquence de la gravité exceptionnelle des lésions auxquelles on l'applique.

3. — Dans les suppurations enkystées de la trompe et de l'ovaire, l'opération de Péan soutient victorieusement la comparaison avec les statistiques des laparotomistes les plus compétents. Pour les *résultats immédiats* comme pour les *résultats éloignés*, outre qu'elle donne *une guérison immédiate* aussi

bonne et *une guérison thérapeutique* plus parfaite, elle supprime la cicatrice abdominale qui, dans ces cas, est une difformité réelle par ses dimensions (nécessité d'y voir dans la position déclive) et par le drainage.

Le siège haut situé des poches tubaires ou ovariennes n'est pas une contre-indication de l'hystérectomie vaginale. Les poches les plus élevées deviennent facilement accessibles, quand l'utérus est enlevé en totalité.

4. — Dans les lésions annexielles non suppurées, l'opération de Péan est supérieure à la laparotomie : parce que sa mortalité est nulle, parce qu'elle ne laisse pas la moindre cicatrice, parce que ses résultats définitifs sont plus parfaits.

5. — Dans les névralgies pelviennes, si le chirurgien juge en conscience qu'il doit intervenir, c'est à l'opération de Péan qu'il donnera la préférence : car la castration totale ne supprime pas seulement une fonction comme la castration ovarienne, mais un organe.

6. — Appliquée à la grossesse ectopique, l'opération de Péan donne des résultats encourageants, mais encore trop peu nombreux, pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion.

7. — L'opération de Péan est absolument contre-indiquée dans les lésions annexielles unilatérales et dans les cas où la bilatéralité est douteuse.

8. — Elle devient une opération dangereuse et difficile dans les suppurations puerpérales, d'origine récente. Mieux vaut toujours attendre pour faire l'hystérectomie, que les tissus soient moins infiltrés et moins friables et se contenter de pallier aux accidents infectieux par une incision vaginale ou une laparotomie.

9. — Le manuel opératoire de l'opération de Péan doit varier suivant les cas particuliers.

Si l'*utérus est très mobile*, le procédé de Doyen est le procédé de choix. Très bon dans les mêmes conditions, le procédé de Müller-Quénu est cependant moins rapide et moins brillant,

Pour peu que l'utérus soit *volumineux*, *adhérent* ou difficilement *abaissable*, il faut, à la manière de Segond, amputer le col d'abord et procéder ensuite à l'ablation du corps, soit par bascule antérieure après hémisection ou évidement conoïde de la paroi utérine antérieure, soit par bascule postérieure, après manœuvre analogue sur la paroi utérine postérieure, soit enfin par les résections transversales successives de Péan, toutes les fois que la solidité de l'enclavement utérin ne permet pas d'agir autrement. Dans tous les cas, l'ablation des annexes malades doit se faire sous le contrôle de la vue.

Le curettage préalable de la cavité utérine est, au point de vue antiseptique, une modification excellente apportée à la technique de l'hystérectomie vaginale.

Bibliographie

ACCONCI. — Rendi conto clinico del 1 Gennaio al 30 Novembre 1892. Venise, 1892.

ASHTON. — The technique of pelvic surgery. *Med. News.* 1890. t. LVIII, p. 658.

ATLEE. — *Americ. Journ. of med. sciences* 1883. t. LXXXV. p. 119.

AUVARD. — *Traité de Gynécologie.* Paris, 1892.

BALDY. — *Amer. gynec. Soc.* in *Bull. méd.* 22 nov. 1891.

— Removal of the uterus and its appendages for pelvic inflammatory disease. *Ann. of Gyn. and Ped.* 1893. t. VII. p. 57.

— Hysterectomy ; indications and technique. *Am. J. of Obst.* 1893, t. XXVIII, p. 593.

BARDENHEUER. — Der extraperitoneal Explorativschnitt. Stuttgart, 1887.

BASTIANELLI. — L'isterectomia a complemento della salpingectomia nelle flogosi pelvische. *Riforma med.* 1892, n° 208. p. 690.

BAZY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie.* 1891, t. XVII, p. 189.

— *Ibid.* p. 615.

E. BLANC. — De l'inflammation péri-utérine avec épanchement chronique latent de nature séreuse ou hématique. *Th. de Lyon*, 1887.

J. BŒCKEL. — Traumatisme de la vessie dans l'ovariotomie. *Gaz. méd. de Strasbourg.* 1er Nov. 1885.

— Des indications de l'hystérectomie vaginale en dehors du cancer de l'utérus. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1892, p. 37.

BOIFFIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1891, t. XVII, p. 664.

— Quelques interventions pour suppurations pelviennes. *Gaz. méd. de Nantes*, 1892-1893, t. XI, p. 35.

— *Congrès franc. de Chirurgie.* (7e *session*). Paris, 1893, p. 598.

CH. BOISLEUX. — Ueber intraligamentäre Élytrotomie und seine Indicationen. *Centr. f. Gyn.* 1892, n° 29, p. 56.

S. BONNET. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gaz. des Hôp.*, 1892, p. 57.

BOUILLY. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingiennes et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1890, t. XVI, p. 500.

— *Ibid.*, p. 520.

— *Ibid.* 1891, t. XVII, p. 178.

— *Ibid.* p. 658.

A. BROCA. — *Congrès franc. de Chir.* (7ᵉ *session*). Paris, 1893, p. 574.

BROWN. — Abdominal hysterectomy for pyosalpinx and diffused metritis with purulent infiltration. *Chicago U. Times*, 1893.

BYFORD. — *Americ. Journ. of Obst.*, 1880, p. 425.

— Removal of the uterine appendages and small ovarian tumors by vaginal section. *Americ. Jour. of Obst.*, *Avril* 1888 et *Mars* 1892.

— Record in abdominal hysterectomy. *Am, J. of Obst.*, 1893, t. XXVII, p. 107.

P. CAMESCASSE. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. *Th. de Paris*, 1893.

CARSTENS. — Technique of vaginal hysterectomy. *Am. J. of Gyn. et Obst.* 1892, t. XXVI, p. 918.

CHAPUT. — Du débridement de la vulve, etc. *Journ. de Méd.* 1892, n° 5, p. 59, et n° 6, p. 72.

— *Congrès français de Chirurgie* (6ᵉ *session*) Paris, 1892, p. 618.

— Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas, au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal. *Semaine méd.* 1892, p. 347.

— (Rapport de Bazy) *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1893, t. XIX, p. 309.

— Sur un procédé opératoire applicable aux grosses salpingites très adhérentes à l'utérus. *Journal de méd. de Paris*, 15 janvier 1893, p. 36.

— Hystérectomie vagino-abdominale avec suture hermétique du péritoine. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.

L. COCHEZ. — De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. *Th. de Paris*, 1892.

A. CORDIER. — A review of some mooted points in the treatment of pelvic surgical diseases. *Ann., Gyn. et Pœd.*, Philadelphie. 1892, t. VI, p. 82.

CROCKETT. — Résultats de l'ablation des annexes malades. *Buffalo méd. and surg. Journ.* Fév. 1894.

CULLINGWORTH. — The value of abdominal section in certain cases of pelvic peritonitis. *Brit. med. J.*, 1892, t. II, p. 844.

— Cases illustrating the treatment of recurrent pelvic peritonitis by abdominal section. *Lancet*, 1892, t. II, p. 28.

DEBAISIEUX. — Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Presse méd. belge*, 1891, t. XLIII, p. 769.

DEGHILAGE. — *Congrès périodique international d'Obst. et de Gyn.* Bruxelles, 1894, p. 85.

Delagenière. — Du plan incliné dans certaines laparotomies. *Progrès médical*, 14 et 21 mars 1891.

— *Congrès français de chirurgie.* (7e *session*). Paris, 1893, p. 617.

— *Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 124.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1894, t. XX, p. 157.

P. Delbet. — Des suppurations pelviennes, Paris, 1891.

Desguin. — Hystérectomie vaginale par morcellement. *Ann. Soc. med. Anvers*, 1892.

Discussion sur l'ablation de l'utérus dans les maladies des annexes. *N. York. Journ. Gyn. and Obst.* 1893, p. 1888, et 1894, p. 61, et *Am. J. of Obst.*, 1893, p. 704.

Doléris. — L'autre voie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, Mai 1891, n° 5, p. 209.

— Trop de mutilations inutiles, etc. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, Juillet 1891, n° 7, p. 378.

— Le congrès international d'Obst. et de Gyn. de Bruxelles. *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* 1892, n° 8, p. 400.

E. Doyen. — Résultats éloignés des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus. *Congrès français de Chir.*, (5e *session*). Paris, 1891, p. 237.

— 324 opérations sur l'utérus et les annexes. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1892, t. I, n° 6.

— Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et des annexes, 2e édition, Paris, 1893.

— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1893, p. 164.

— Affections néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. *Ibid.*, p. 391.

Dubar. — Pyosalpinx ouvert dans la vessie. Laparotomie et salpingectomie, etc. *Bull. méd. du Nord*, 1893, t. XXXII, p. 233.

Dudley. — *Americ. Journal of Obst.*, février 1892.

Duret — *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 214.

Edebohls. — Notes an leven Hystérectomy. *N. Y. J. Gyn. and Obst.* 1894.

Engelmann. — Vaginal hysterectomy by morcellement, etc. *Ann. of Gyn. and Pœd.*, 1894, t. VI, p. 257.

Félix. — *Congr. périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 158.

A. Fenger. — Soc. obst. de Chicago. *Am. Journ. of Obst.* 1886, t. XIX, p. 428.

Fenomenow. — Vaginal Hysterectomy ; illustrated by twenty cases. *Am. Med. Surg. Bull. N. Y.* 1893.

Fraipont. — A propos du traitement des suppurations pelviennes. *Ann. Soc. méd.-chirurg. de Liège*, 1892, t. XXVI, p. 325.

— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 158.

Fraisse. — Hystérectomie, etc. *Nouv. Arch. de Gyn. et d'Obst.*, 1892, n° 2, p. 651.

Frœnkel. — *Cent. f. Gyn.* 1893, n° 23, p. 523.

Galliani. — Dell' isterectomia vaginale (Processo del Ruggi). *La Rif. med.* 1892, t. IV, p. 554.

Gloewecke. — *Arch. f. Gyn.* 1889. Bd. XXXV, p. 1.

Gottschalk. — Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin, 13 Février 1891. *Centr. f. Gyn.* 1891. n° 13, p. 26.

P. Goullioud. — Débridement vaginal des collections de la péritonite chronique. *Congrès franç. de chirurgie* (*4me session*); Paris, 1889, p. 692.

— *Arch. de Tocol.* 1891, p. 562, 569, 700, 788, et 801.

— Du débridement vaginal des collections pelviennes. *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1893, t. II, N° 7, p. 432.

— Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. *Lyon méd.*, 1893, nos 5 et 6, p. 156.

— *Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894. p. 112.

— Extirpation vaginale de petits pyosalpinx sans hystérectomie préalable. *Ibid.*, p. 567.

Grammatikati. — *Vratch*, 1891, n° I.

Hahusseau. — Des formations kystiques, etc. *Th. de Paris*, 1891.

W. N. Hartmann. — Ueber die Operation von Pean. *Inaugural Dissertation.* Leyden, 1892.

H. Hartmann et V. Morax. — Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines. *Gaz. méd. de Paris*, 1894, p. 133.

Hegar et Kaltenbach. — *Traité de Gynécologie opératoire* (Traduction franç. de Bar).

Henrotin. — Vaginal hysterectomy in bilateral periuterine suppuration. *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, t. XXIV, p. 448.

Inverardi. — *Lo Sperimentale*, 1892, n° 6.

Iversen. Ueber peri-uterine Suppurationen. *Deutsch med. Woch.*, 1892, t. XVIII, nos 40, 46, 48.

A. Jacksonn. — *The journ. of the americ. Assoc.*, 22 février 1892.

Jacobs. — De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn.*, 1891, t. II, n° 4, p. 124, n° 7, p. 169.

— Du traitement des salpingites. *Presse méd. Belge*, 1891, p. 161.

— De l'hystérectomie vaginale. 52 cas consécutifs suivis de guérison opératoire. *Ann. de Gyn.*, 1892, t. XXXVIII, p. 123.

— *Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 82.

Jacobs. — Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans les lésions annexielles, comparés aux résultats éloignés de l'ovario-salpingectomie bilatérale abdominale. *Congrès de Rome*, 1894.

L. Jullien. — De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes. *Union méd.*, *1892*, p. 120.

Keppler (de Venise). — Communication au X[e] Congrès intern. de Berlin, 1890. *Ann. de Gyn.*, 1890, t. XXIV, p. 312.

Lafourcade. — De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. *Th. de Paris*, 1893.

M. Landau. — Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. *Arch. für Gyn.*, 1894. Bd. XLVI. Heft I.

Th. Landau. — Zür Behandlung der chronischen Beckeneiterungen. Die Resektion des Uterus. *Arch. f. Gyn.* 1892, n° 35, p. 689.

— Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken. *Berl. klin.*, *Woch*, 1892, n° 38.

— Les Salpingites, Bruxelles, 1892, p. 69.

Lauwers. — *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894. p. 160.

Laroyenne. — De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, 21 février 1886.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890. t. XVI, p. 569.

— De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvipéritonite. *Ann. de Gyn.*, 1893, t. XL, p. 5.

P. Launay. — Phlegmon de la gaîne hypogastrique avec prolongement fessier. *Gaz. des Hôp.*, 1893, n° 110, p. 1041.

Lawson-Tait. — The Pathology and treatment of the diseases of the ovaries. Birmingham, 1883.

Le Bec. — Suppurations pelviennes. *Gaz. méd. de Paris*, 8 oct. 1892.

— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 218.

Le Dentu. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. des Hôp.*, 1892, n° 25, p. 225.

Les affections suppuratives du petit bassin de la femme devant le Congrès de chirurgie de Paris. *Gaz. des Hôp. Paris*, 1893, p. 514.

E. Loumeau. — Résection involontaire de la vessie au cours d'une laparotomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, n° 31, p. 372.

Lucas-Championnière. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 222.

— *Ibid.* 1892, t. XVIII, p. 62.

J. Luys. — Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques. *Ann. de Psychiatrie.* 1893, n° 6, p. 170.

Macquart-Moulin. — Des méthodes de traitements chirurgicaux appliquées aux suppurations péri-utérines. *Th. de Paris*, 1892.

Malapert. — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Th. de Paris*, 1893.

Mallet. — Du débridement de la vulve. *Th. de Paris*, 1892.

Mangiagalli. — *Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 213.

Mauclaire et Pichevin.— Suppuration pelvienne unilatérale, ablation des annexes. Récidive du côté opposé. Laparotomie. Mort. Comparaison avec l'hystérectomie vaginale. *Bull. Soc. anat.* 1893, t. VII, p. 175.

Mauclaire.— Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gyn.* 1893, t. XXXIX, p. 253.

R. Menocal. — Dos casos de histerectomias vaginales por piosalpinx *Rev. de cien méd. Habana*, 1893, t. VIII, p. 107.

— Piosalpinx izquierdo histerectomia vaginal completa; curacion *ibid.* 1890, t. V, p. 229.

Mephatter. — The treatment of suppuration within the female pelvis, *Med. News*, 1891, t. LVIII, p. 425.

Mercier. — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire. *Union méd. du Canada*, Montréal, 1891, p. 337.

Michaux. — *Congrès franç. de chir.* (7e *session*), Paris, 1893, p. 625.

Ch. Monod. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, t. XVI, p. 530.

Moore Madden. — *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles. 1894, p. 225.

P. Müller. — Eine Modifikation der vaginale Totalextirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1882, n° 6, p. 113.

Mundé. — *Amer. Journ. of Obst.*, juillet 1892.

Ch. Nélaton. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1892, t. XVIII, p. 49.

Nitot. — Traitement du pyosalpinx et des salpingites enkystées de petit volume par la ponction aspiratrice, suivie du lavage immédiat de la poche avec une solution antiseptiqne de sublimé. *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, 25 mars 1893, p. 147.

Orthmann. — Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin, 13 juillet 1888, In *Répert. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 159.

Péan. — Hystérectomie vaginale pour lésions des annexes, *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1892, t. VIII, p. 1244.

— Communication au Xe congrès int. de Berlin. *Ann. de Gyn.* 1890, t. XXXIV, p. 110.

— *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, t. XXIV, p. 9.

— Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et les annexes. *Bull. méd.*, 1890, p. 633.

— Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne, *Gaz. des Hôp.*, 1890, p. 49.

Péan. — Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. *Gaz. des Hôp.*, 1891, p. 639.

— Traitement des suppurations pelviennes. *Gaz. méd. de Paris.*, 1892, p. 508.

— *Congrès périod. intern. d'Obst. et de Gyn.*, Bruxelles, 1894, p. 56.

PEYROT. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie.* 1891, t. XVII, p. 650.

PICHEVIN. — A propos de la castration utérine. *Méd. mod.*, 1891, p. 84, et p. 148.

— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 209.

PICQUÉ. — In BONNECAZE. Valeurs et indications de l'incision vaginale, etc. *Th. de Paris.* 1889.

— *Congrès français de Chir.* (6e *session*) 1892, p. 626.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1893, t. XIX, p. 429.

PICQUÉ et CHARRIER. — *Ann. de Gyn.* 1893, p. 177 et 420.

PILCHER. — The ultimate results of operation for removal of the uterus and appendages. *Ann. of. Surg.* Phil., 1892, t. XV, p.220.

POLK. — Pyosalpinx and abscess of the ovary mitaken for uterine fibroïds ; extensive attachements necessitatives hysterectomy. *Am. J. of. Obst.* 1892.

— Hystérectomy (supra pubic) for salpingitis and ovaritis. *N. Y. J. Gyn. et Obst.* 1893.

S. POZZI. — Suture de la vessie pour une très grande plaie extra et intra-péritonéale. Guérison. *Ann. des org. génito-urin.* 1883, p. 345.

— De la laparotomie sous-péritonéale, etc. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 14 Avril 1886.

— Note sur la suture perdue, etc. *Congr. fr. de Chir.*, 1888, p. 515.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1890, t. XVI, p. 500.

— *Ibid.* 1891, t. XVII, p. 203.

— Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1891, n° 16, p. 186.

— *Congrès franç. de chir.*, (5e *session*). Paris, 1891, p. 210.

— *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 18 avril 1891, p. 183.

— *Congrès français de Chirurgie.Paris.* (7e *session*).1893, p. 622.

— *Traité de Gyn. clin. et opér.* 2e édition.

S. POZZI, DE LOSTALOT ET BAUDRON. — *Ann. de Gyn.*, 1890, t. XIX, p. 113.

S. POZZI ET E. BAUDRON. — *Revue de Chir.* Avril 1891, p. 622.

W. PRYOR. — Vaginal aspiration of pelvic abscess and drainage after cœliotomy. *N. York Journ. of. Gyn. and obst.* 1893, p. 615.

QUÉNU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 638.

— De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes. *Ibid.* 1892, t. XVIII, p. 331, et *Ann. de Gyn.*, 1892, t. XXXVII, p. 321.

P. RECLUS. — Traitement des suppurations pelviennes. *Congrès de Chirurgie* 1891. 5e *session*, p. 425.

— Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire. *Gaz. hebd. de méd. et de Chir.*, 1891, n° 17, p. 193.

— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 614.

P. Reclus. — Hystérectomie vaginale et laparotomie. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* 1891, p. 510.
— *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1347.
— *Ibid.* 1893, p. 1402.
— *Cliniques chirurg. de la Pitié.* Paris, 1894, p. 480.

P. Reclus et E. Forgue. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1892, t. II, p. 938.

E. Régis. — Cas de folie consécutive à une ovario-salpingectomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, n° 37, p. 413.

P. Reynier. — *Bull. et. Mém. de la Soc. de Chir.* 1891, t. XVII, p. 224 et 654.
— *Congrès franç. de Chirurgie (7e session).* Paris, 1893, p. 705.

Ricard. — De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérectomie vaginale. *Sem. méd.* 1887, p. 39.

Richelot. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1891, t. XVII, p. 185 et 654.
— Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 4 mars 1891, t. XVII,
— *Union médicale*, 1891, n° 33, p. 389. *Ibid.* 1892, p. 433.
— Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, *Arch. gén. de méd.* Juillet 1893, t. II, p. 38.
Congr. périod. intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles, 1894, p. 99.

Rochet (d'Anvers). — *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, 1891, t. II, p. 161.
— Un cas de grossesse tubaire, hystérectomie vaginale, guérison. *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, 1891, t. II, p. 136.

Rouffart. — Observation de 5 cas d'abcès pelviens traités par la castration utérine. *La clinique*, Bruxelles, 1891, p. 817.
— *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, 1891, t. II, p. 157.
— A propos d'un cas d'abcès pelvien traité par la laparotomie et la castration utérine. *La clinique*, Bruxelles, 1892, p. 49.
— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 135.

Routier. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 213.
— Du traitement des suppurations pelviennes. *Congrès français de chirurgie (6e session)*, Paris, 1892, p. 228.
— cité par Lafourcade. *Th. de Paris*, 1893, p. 65.

G. Ruggi. Dell' Isterectomia vaginale studiata nelle sue diverse applicazione. *Bull. della scienz. Univ. de Bologne*, 1893, t. IV, p. 309.

Sacré. — Soc. Belge d'Obst. et de Gyn., 16 Juillet 1888. *Rép. d'Obst. et de Gyn.*, 1889, p. 551.

SÄNGER. — Communication au Congrès de la Société allem. de Gyn., tenu à Halle, 1888. *Ann. des Org. génito-urinaires*, 1888, p. 503.
— *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 542.
— *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd. XXXVII, p. 100.
— Société d'Obst. et de Gyn. de Leipsig. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 33, p. 665.
— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 109.

SAXTORPH. — *Hosp. Tid.*, 1890, p. 1245 et 1891, p. 73.

SCHAUTA. — Communication au 5ᵉ congrès de la société allem. de Gyn. de Breslau, mai 1893. *Cent. f. Gyn.* 1893, n° 22, p. 502.

SECHEYRON. — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie, Paris, 1889.

P. SEGOND.— *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 1891, t. XVII, p. 153.
— *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1891, n° 19, p. 222.
— *Congrès français de Chir.* (*5ᵉ session*); Paris, 1891, p. 213.
— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1892, t. XVIII, p. 53.
— *Ibid.*, 1894, p. 162.
— *Traité de Chirurgie*, Paris, 1892, t. VIII, p. 576.
— *Congrès français de Chir.* (*7ᵉ session*) Paris, 1893, p. 701.
— Rapport sur les suppurations pelviennes. *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst*, Bruxelles, 1894, p. 37, p. 232 et p. 453.

A. SKENE. — Vaginal hysterectomy and its limitations. *The N. York Journ. of. Gyn. and Obst.*, 1894, n° 1.

H. SMITH. — *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 157.

SNEGUIREFF et GOUBAROW. — Traitement chirurgical des inflammations du tissu cellulaire du bassin, *Congrès périod. int. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p, 87.

SPINELLI. — Due casi di castrazione uterina col processo Péan-Segond. *La Rif. méd.*, 1891, t. VII, p. 4, 443, 445.

STOLYPINSKI. — Contemporary view of the operative technique of removal of uterus per vaginam, *Vratch.*, 1892, t. XIII, p. 129.

F. TERRIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, t. XVI, p. 515.
— *Ibid.*, 1891, t. XVII, p. 220.
— *Ibid.*, 1891, t. XVII, p. 642.

F. TERRIER ET HARTMANN. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancers de l'utérus. *Revue de chirurgie*, 1892, p. 295.
— Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. *Méd. mod.* 1893, p. 352, et *Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1893, t. XXXIX, p. 417.

O. TERRILLON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, t. XIII, p. 367.
— *Ibid.* 1890, t. XVI, p. 511.
— *Ibid.* 1891, t. XVII, p. 196.
— *Ibid.* 1891, t. XVII, p. 606.

G. Thomas. — *Trans. of the Am. Gyn., Soc.* 1882, t. VI, p. 258.
— Traité des maladies des femmes, p. 680.

Tournay. — De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. Laparotomie et hystérectomie en pleine péritonite aiguë. *Presse méd. belge*, Bruxelles, 1893, t. XIX, p. 49.
— *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 139.

W. Travers. — *Ibid.*, p. 81.

Turgard. — Deux cas de salpingo-ovarite bilatérale suppurée, traités l'un par la laparotomie, l'autre par l'hystérectomie vaginale. *Ann. de la policlinique de Lille.* Déc. 1894.

Vallas. — Traitement des suppurations pelviennes chez la femme. *Prov. méd.* 1892, p. 8.

Vène. — Etude sur les délires post-opératoires. *Th. de Paris*, 1891.

Vuilliet. — Des méthodes d'évacuation simple appliquées au traitement des pyosalpingites et des collections liquides du pelvis. *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 132. *Revue médico-chirurg. des malad. des femmes*, 25 nov. 1892, p. 664.

Walton. — *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 149.

Wiedow. — 3e congrès des Gyn. all. Fribourg. 1889, *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 30, p. 520. *Berlin. Klin. Woch*, 1889. n° 18, p. 202.

Ch. Willems. — De la perinéotomie. *Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst.* Bruxelles, 1894, p. 78.

Wölfler. — *Wien. Klin. Woch.* 1889, p. 296.

E. Zuckerkandl. — *Ibid.*, 1889, n° 14, p. 276 et 356.

O. Zuckerkandl. — *Ibid.*, 1889, p. 243.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Préface 1

Avant-Propos. 6

Chapitre I. — **Historique** 8

Chapitre II. — **Manuel opératoire** 27

L'opération de Péan doit-elle s'appeler castration utérine ou castration totale ?. 27

De l'instrumentation. 30

Soins préliminaires 34

Procédé de Péan 36

Description de Péan 36

Description de P. Segond 38

Procédé de Segond 41

Procédé Müller-Quénu 44

Procédé de Doyen 46

Étude détaillée de divers temps opératoires 52

A. Position 52

B. Incision du vagin 54

De la boutonnière rétro-utérine 57

C. Pincement des ligaments larges 57

De quelques modifications du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale 59

Débridement de la vulve 60

Drainage abdomino-vaginal 62

De la résection partielle de l'utérus 64

Pages

Choix d'un procédé 65
Pansement et soins consécutifs 66

CHAPITRE III. — **Suites et résultats de l'opération de Péan** 70

Suites immédiates 70
De la température 71
Du pouls 73
Complications opératoires 73
Friabilité de l'utérus. 73
Blessure de l'uretère. 74
Blessure de la vessie 75
Blessure de l'intestin 76
Des hémorrhagies. 76
Eschare sacrée 77
Occlusion intestinale. 79
Résultats immédiats. 79
Lésions suppurées 81
a Suppurations péri-utérines graves. . . . 81
b Pyosalpinx et abcès de l'ovaire 84
Grossesse extra-utérine. 85
Lésions non suppurées 86
Résultats éloignés 88
A. Malades opérées depuis 3 ans 1/2 à 3 ans . 88
B. Malades opérées depuis 3 ans au plus, 2 ans au moins. 90
C. Malades opérées depuis 2 ans au plus, 1 an au moins. 93
D. Malades opérées depuis 1 an au plus, 3 mois au moins 95
Résultats éloignés en rapport avec la nature des lésions 98
Résultats éloignés en rapport avec la nature de l'intervention 99
Étude détaillée des insuccès et de leurs causes. . . 100
Des troubles congestifs et nerveux consécutifs à l'opération de Péan 103

CHAPITRE IV. — **Comparaison de l'opération de Péan avec les autres méthodes chirurgicales de traitement des lésions des annexes et en particulier avec la laparotomie** 106

a Ponction vaginale. 107

Pages
b Incision vaginale 108
c Laparotomie vaginale. 113
d Laparotomie sous-péritonéale 114
e Incisions par les voies sacrée et périnéale. 115
f Amputation supra-vaginale 117
g Hystérectomie vagino-abdominale. 119
h De la laparotomie sus-pubienne proprement dite . . . 120
A. De la cicatrice 123
B. Du diagnostic. 124
C. De la blessure des divers organes pelviens. . . 126
D. Des débris d'annexes abandonnés dans le ventre . 130
E. De la gravité comparative des deux opérations . 133
a Lésions suppurées. 134
b Lésions non suppurées 138
Résultats définitifs 139

CHAPITRE V. — **Indications de l'opération de Péan** . . . 142
A. Lésions suppurées 143
B. Lésions non suppurées 147
Névralgies pelviennes 149
Grossesse extra-utérine. 150
Rétroversion avec lésions bilatérales. 151
Perforation chirurgicale de l'utérus 151

OBSERVATIONS 153

STATISTIQUE DES LAPAROTOMIES FAITES A L'HÔPITAL BICHAT POUR LÉSIONS SUPPURÉES DES ANNEXES, PAR MM. TERRIER ET HARTMANN, PENDANT L'ANNÉE 1893 378

CONCLUSIONS 386

BIBLIOGRAPHIE. 389

Lille. — Imprimerie Le Bigot frères, 25, rue Nicolas-Leblanc.

